FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1885

THÈSE

Nº 

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 16 *Avril* 1885, *à* 1 *heure*

PAR ANDRÉ LANCE-BRIAND,

Né à Honfleur (Calvados), le 12 mars 1850.

Ancien interne de l'hôpital du Havre

et du Dispensaire pour Enfants malades de M. le Dr Gibert (du Havre).

Ancien interne de l'Asile d'aliénés de Clermont (Oise)

INFLUENCES RÉCIPROQUES

DU

CANCER DE L'UTÉRUS SUR LA GROSSESSE

ET DE

LA GROSSESSE SUR LE CANCER UTERIN

INTERVENTION CHIRURGICALE POSSIBLE PENDANT LA GESTATION

ET LORS DU TRAVAIL

Président M. PAJOT, *professeur.*

Juges : MM. CORNIL, *professeur,*
PEYROT, HANOT, *agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

A. PARENT, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

A. DAVY, Successeur

52, RUE MADAME ET RUE MONSIEUR-LE-PRINCE, 14

1885

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Par délibération en date du 9 décembre 1789, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON BON PÈRE

A MA BONNE MÈRE

A MES FRÈRES ET SŒURS

A MON BEAU-FRÈRE, M. NOEL
Pharmacien à Rennes.

A MES AMIS

A LA MÉMOIRE VÉNÉRÉE

DE M. LE PROFESSEUR BROCA

A M. S. POZZI

Chirurgien de l'hôpital de Lourcine,

A M. LE DOCTEUR GIBERT

Fondateur-directeur du Dispensaire pour enfants malades,
au Havre.

A M. LE DOCTEUR GUSTAVE LABITTE

de Clermont (Oise).

A M. LE DOCTEUR FRIESE

Médecin de l'Asile des aliénés de Clermont (Oise).

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR PAJOT

Président de la Société obstétricale et gynécologique de Paris,
Professeur de clinique à la Faculté de médecine de Paris.

INFLUENCES RÉCIPROQUES

DU

CANCER DE L'UTÉRUS SUR LA GROSSESSE

ET DE

LA GROSSESSE SUR LE CANCER UTÉRIN

INTERVENTION CHIRURGICALE POSSIBLE PENDANT LA GESTATION ET LORS DU TRAVAIL

HISTORIQUE DE LA QUESTION.

Cette influence réciproque du cancer de l'utérus et de la grossesse, que nous nous proposons d'étudier, Hippocrate l'avait entrevue, tout en niant la possibilité de la conception dans l'utérus cancéreux. Aétius, Celse et Galien partagent cette erreur. Cette complication reste oubliée pendant les dix premiers siècles jusqu'à Avicenne, qui parle de l'orifice de la matrice très resserré par des ulcères indurés ou d'autres modes de constriction.

Pendant tout le moyen âge, cette question est négligée, et ce n'est qu'en 1594 qu'Eucharius Rosslin, cité par Pu-

chelt, décrit les phases essentielles de l'accouchement dans notre complication.

Au XVI[e] siècle, le professeur Acacia, de Paris, conseille l'avortement pour toutes les tumeurs siégeant sur l'utérus ou sur ses annexes.

Lors de la discussion sur l'opération césarienne, entre Ambroise Paré et Fr. Roussel, celui-ci émet l'avis que l'obstacle absolu à l'accouchement par le squirrhe de l'utérus, est une indication urgente de l'ablation du col.

La question prend un nouvel essor, grâce aux hommes célèbres, qui travaillent au perfectionnement du forceps, tels que Levret, Smellie et Roederer, à mesure que l'on connait mieux le mécanisme de l'accouchement et l'anatomie des voies normales.

Dès lors, on propose différentes méthodes, l'expectation, la version, le levier, le forceps, les incisions du col conseillées par Mme Lachapelle et Baudelocque, enfin la craniotomie qu'on oppose à l'hystérotomie rejetée par Levret mais préconisée par Smellie, Roederer et plus tard Scanzoni.

Pendant tout notre siècle, on a discuté, essayé tous ces procédés, mais l'on ne s'est déterminé pour aucun : chaque auteur de procédé est intervenu à sa guise. Il était difficile à la vérité de fixer des règles d'intervention, dans l'ignorance où l'on était de la marche de la grossesse et de l'accouchement dans notre complication.

Mais aujourd'hui, depuis que certaines questions intéressant notre sujet ont été discutées, comme celle du rapport du traumatisme et du gravidisme, à Paris, et au

congrès de Genève (1877), depuis qu'a paru la statistique de Puchelt (1840); l'exposition des dangers de la fixation du cancer sur le col, par Kewisch, (1845); la défense de l'opération césarienne opposée à l'ouverture sanglante du col, par Scanzoni, (1852); les statistiques de Menziès (1853), et de Ch. West (1863); les travaux de Spiegelberg (1858), et de son élève Diéterich (1868); l'important mémoire de Cohnstein, riche en documents (1873); enfin les articles récents de Schroeder, Benické, Frommel et Goenner, élève de Bischoff (de Bâle), il est possible d'établir une classification des différents cas, et d'indiquer suivant la nature du cancer, son étendue et l'époque de la gestation ou du travail, la méthode à suivre. C'est ce que nous essaierons de faire après avoir étudié l'influence réciproque du cancer et de la grossesse.

DU CANCER DE L'UTÉRUS.

Qu'il nous soit permis de puiser dans le manuel d'histologie pathologique de MM. Cornil et Ranvier les notions sur la constitution intime du cancer que ces anatomistes ont étudiées ou découvertes.

Le carcinome primitif du col utérin est une des tumeurs de ce genre les plus fréquents. On a presque toujours affaire à la variété encéphaloïde du carcinome. Ainsi sur 34 déterminés histologiquement en 1863 et 1864 tous appartenaient à l'encéphaloïde. Cependant il est question dans les auteurs de quelques faits isolés de squirrhe ou carcinome colloïde. Mais il faut tenir compte de cette donnée que le carcinome, qui paraît dur au début, se ramollit et prend l'aspect mou de l'encéphaloïde quand la tumeur s'étend.

Le carcinome du col débute par l'une des lèvres du museau de tanche qui est induré, hypertrophié et qui présente bientôt à sa surface des végétations molles et vascularisées. La lèvre opposée se prend à son tour et, de cette hypertrophie, il résulte une dilatation de l'orifice du col et est de tous côtés bourgeonnant.

L'infiltration en masse de toute la portion vaginale a la forme d'un chapeau de champignon. Le tissu cellulaire sous-jacent de la muqueuse vaginale qui entoure le museau de tanche s'indure à son tour, fait corps avec la

partie voisine du col et la muqueuse présente alors des nodosités et des bourgeons.

Le carcinome utérin paraît débuter par le tissu cellulaire sous-muqueux, de telle sorte que les muqueuses de la cavité du col et de la portion vaginale restent pendant un certain temps normales à la surface de la tumeur. Mais bientôt ces muqueuses s'enlèvent et les bourgeons cancéreux ne tardent pas à verser un liquide fétide dans le vagin, il s'accumule dans les culs-de-sac où il se mêle à la sécrétion vaginale.

Le carcinome du col s'étend à une partie plus ou moins élevée de la paroi musculaire du col en même temps qu'au tissu cellulaire périphérique et au tissu sous-vaginal.

L'ulcération qui s'accompagne de gangrène putride de toutes les parties primitivement envahies est suivie d'une perte de substance considérable, limitée par une portion de tissu cancéreux conservé.

On observe alors une interruption complète de la muqueuse vaginale et une section transversale du col. En disséquant les petits vaisseaux dans la portion de la tumeur non encore ulcérée, on voit qu'ils contiennent des dépôts de fibrine ou un thrombus formé par des cellules cancéreuses.

Les veines plus volumineuses montrent parfois des bourgeons qui les remplissent en partie. Ces thrombus sont évidemment la cause de la modification du tissu nouveau qui est hâtée par l'état de décomposition putride des liquides accumulés dans le cul-de-sac vaginal.

Lorsqu'au lieu de commencer par le col le carcinome

débute à la fois par le col et par une infiltration diffuse de tout le tissu musculaire de l'utérus, l'ulcération du col n'a pas lieu avec les mêmes caractères ; le tissu utérin est épaissi et infiltré par le néoplasme à tel point que la paroi mesure 2 et3 centimètres et davantage, et il n'est pas rare que la trompe et l'ovaire soient parfois dégénérés.

L'examen histologique du tissu utérin altéré montre, comme dans tout carcinome, un stroma et des alvéoles petits, remplis de cellules polymorphes disposées sans ordre dont les particules sont quelquefois implantées régulièrement sur la cloison de l'alvéole. Le stroma composé de tissu conjonctif montre souvent des fibres musculaires lisses parfaitement reconnaissables.

Epithéliome. — L'épithéliome primitif présente sur la muqueuse utérine deux variétés distinctes : l'épithéliome pavimenteux avec ou sans globes épidermiques et l'épithéliome à cellules cylindriques.

La première variété nous a paru de beaucoup plus fréquente que la seconde.

D'après ce que nous savons des localisations de ces tumeurs, on ne les rencontre que sur des muqueuses qui possèdent des cellules de revêtement de même nature. Sur le col précisément existent à l'état normal le revêtement de cellules pavimenteuses stratifiées de la portion vaginale et la couche de cellules cylindriques de la muqueuse cavitaire. Ces deux formes d'épithéliome débutent par le col, et ne sauraient être distinguées du carcinome qui a le même siège, ni par leurs signes physiques pen-

dant la vie, ni par leur coloration, ni par leur marche, ni par leur gravité.

A l'autopsie, il est très difficile de faire, à l'œil nu, le diagnostic de ces variétés entre elles ou avec le carcinome. Cependant les épithéliomes à cellules cylindriques sont plus généralement des tumeurs molles et infiltrées de sucs, ce qui les ferait assimiler à un encéphaloïde très mou ; de plus, ils présentent des cavités lacunaires pleines de sucs laiteux, qui sont visibles à l'œil nu.

L'épithéliome à cellules pavimenteuses qui, dans la moitié des faits environ, présente en outre des globes épidémiques, possède lui aussi des caractères qui peuvent quelquefois le faire reconnaître à l'œil nu.

On voit, en effet, des parties peu vascularisées de la tumeur qui ont un aspect opalin, cireux et d'une dureté apparente qui contraste avec leur friabilité réelle. La surface de section est sèche, et quand on la racle, on voit de petits grumeaux et des filaments blancs, opaques, vermiformes, constitués par des cellules d'épithélium pavimenteux agrégées les unes aux autres.

L'examen microscopique y démontre le type de l'épithéliome tubulé ou celui de l'épithéliome lobulé avec des globes épidermiques. Les tubes remplis d'épithélium dans la première variété sont tantôt très gros et tantôt très petits. Il est probable que ces tubes se développent aux dépens des culs-de-sac des glandes du col utérin. Le tissu qui les sépare est formé par le tissu fibro-musculaire de l'utérus.

L'ulcération, avec ses diverses circonstances, et en particulier avec la gangrène de la partie ulcérée, est abso-

lument la même dans les épithéliomes et dans le carcinome. Dans l'épithéliome à cellules pavimenteuses notamment, la partie malade du col peut avoir disparu au point qu'il n'en reste aucune trace.

Ces diverses variétés du carcinome et d'épithéliome utérin surviennent au moment de la ménopause ou quelques années plus tard, toutefois on l'observe aussi chez de jeunes femmes de 20 à 30 ans, et la tumeur du col n'empêche ni la fécondation, ni la gestation, ni l'accouchement. Plusieurs exemples en sont rapportés, et nous en avons observé nous-même deux. Il faut dire qu'après l'accouchement la lésion utérine marche avec une extrême rapidité.

Ces notions nous étaient nécessaires pour éclairer le diagnostic des variétés du cancer qui devra nous guider plus tard dans l'intervention chirurgicale.

ÉPITHÉLIOMA DE LA PORTION VAGINALE DU COL DE L'UTÉRUS.

CARACTÈRES CLINIQUES.

Diagnostic. — 1° Il importe de distinguer l'épithéliome des autres altérations organiques du col, telles que les ulcères diphthéritiques ou fongueux, les granulations, les végétations. L'ulcère cancéreux se distingue de tous les autres par l'induration de ses bords, l'inégalité de sa surface, l'aspect grisâtre et sanieux de son fond, l'ichor qu'il secrète, l'inégalité de ses limites, et les indurations inégales, violacées qui l'entourent. Les granulations se présentent sous l'aspect d'un *pointillé rouge vif;* lorsqu'elles sont confluentes, elles ressemblent aux bourgeons charnus d'une plaie.

Les végétations, si elles ont la forme verruqueuse, sont plus pâles, plus solides, plus sèches ; si elles ont la forme vasculaire et exubérante, elles sont d'un rouge plus vif, d'un développement plus uniforme, plus égal, comme des grains de raisin appendus aux ramifications de la grappe, d'une friabilité encore plus grande que les excroissances cancéreuses, se laissant facilement détacher, puis après leur séparation devenant pâles et exsangues. Tout autres sont les caractères de l'épithélioma : inégalité de développement des groupes élémentaires et

des groupes secondaires plus volumineux ; compacité du tissu dont la fragilité tient surtout à la dureté, à l'inextensibilité et au défaut d'élasticité qui en résulte, enfin facilité à saigner au moindre attouchement. Si l'épithélioma n'est pas végétant, il offre un aspect caractéristique : ou bosselé, inégal, vascularisé, renfermant des globes épithéliaux facilement visibles au microscope ; sécrétion séreuse ou séro-sanguinolente de la surface de l'épithélioma, ou sécrétion purulente ichoreuse des points ulcérés de la tumeur, dont il est rare que quelques points ne soient pas attaqués par le travail ulcératif.

2° L'épithélioma de la cavité est moins facile à diagnostiquer, à cause de son siège qui le dérobe aux regards ; pour la même raison il est gêné dans son développement, aussi s'étend-il en excroissances dans l'épaisseur du col ou bien pénètre-t-il même dans la cavité utérine. D'autre part et assez souvent, ces végétations se montrent au museau de tanche qu'elles ramollissent et dilatent et d'où s'écoulent des sécrétions ichoreuses et sanguinolentes.

3° Le cancer parenchymateux du tissu propre du col, surtout de son tissu musculaire, peut être diagnostiqué d'assez bonne heure, et plus aisément que les cancers du corps de l'utérus aux signes suivants : augmentation de volume et de chaleur du col ; son induration générale, la sensation de corps durs globuleux, souvent multiples, sur une lèvre plutôt que sur une autre, sans sensation de résistance ou de fluctuation, sans altération primitive de l'épiderme qui est empreint d'une coloration rouge au

niveau des bosselures, et violacées dans les intervalles. Ces bosselures sont le plus souvent douloureuses à la pression.

On ne pourra pas confondre le cancer du col avec la congestion, l'engorgement simple et la métrite chronique, ni avec les polypes muqueux, les kystes folliculaires, et les corps fibro-plastiques. Dans la congestion, en effet, l'engorgement simple, les bosselures font défaut il peut y avoir des indurations partielles, mais elles ne sont pas globuleuses comme les noyaux cancéreux, on les trouve plus souvent aux cicatrices des déchirures du col consécutives à l'accouchement.

L'induration cancéreuse peut envahir une seule lèvre, le plus souvent l'antérieure qui devient énorme au point de remplir l'excavation pelvienne, comme on en voit un exemple dans l'atlas de Boivin et Durgès.

Quant aux autres tumeurs interstitielles, les kystes folliculaires, par exemple, on peut les reconnaître au liquide qu'ils renferment, et les corps fibro-plastiques à ce qu'ils sont moins douloureux à la pression, qu'ils présentent moins d'arborisations veineuses et qu'ils sont plus rouges, moins livides. On ne confondra pas non plus l'épithélioma du col avec les ulcères fongueux ou même phagédéniques ou diphthéritiques.

L'ulcère fongueux est plus rouge, le diphthéritique (très rare) est blanchâtre. Le cancer se révèle aussi par l'acuité et la persistance de ses douleurs, sa tendance à l'immobilité et l'apparition plus ou moins prompte de la fièvre et de la cachexie.

Squirrhe et encéphaloïde du col. — Le cancer développé dans le tissu utérin peut, suivant la prédominance des éléments fibro-plastiques sur le suc cancéreux, produire le squirrhe, ou la forme encéphaloïde, si c'est le suc cancéreux qui prédomine. Cette seconde forme est plus rare que le squirrhe, qui présente cette particularité lorsqu'il siège au col de l'utérus, d'être sujet à l'ulcération, qui l'envahit alors rapidement et amène des destructions très graves, emportant parfois une lèvre entière et une portion du segment inférieur du corps de l'utérus.

Cancer du corps de l'utérus. — Plus rare que le cancer du col et produit le plus souvent par l'envahissement de celui-ci, sa profondeur rend son diagnostic plus difficile et entraîne l'institution d'un traitement purement palliatif, pendant la grossesse, et au moment de l'accouchement, l'intervention chirurgicale par les incisions multiples et même l'opération de Freund, si l'on peut en espérer, sinon la cure radicale, du moins la disparition des douleurs et des hémorrhagies.

FORMES DU CANCER.

Les différentes formes du cancer se rencontrent dans l'utérus :

1° L'encéphaloïde, très vasculaire, à marche rapide, à envahissement ganglionaire précoce et constant, à cause de la communication directe des alvéoles avec les lymphatiques de la tumeur.

2° Le colloïde, mêmes caractères, mais très rare, exceptionnel.

3° L'épithélioma moins rapide parce que les vaisseaux ne pénètrent pas au sein des masses épithéliales, et qu'il est dépourvu de lymphatiques. Il peut rester longtemps localisé, et les ganglions ne se prendre qu'au bout de plusieurs années : on peut surtout compter sur un long retard de la récidive.

4° Le squirrhe : pas de vaisseaux, marche relativement lente, forme diffuse, rarement circonscrite.

En outre, toute tumeur a ses variations qui seules permettent d'établir un pronostic rigoureux. Une même forme peut être maligne, à divers degrés, malignité dont voici les principaux caractères :

1° Vascularité toujours proportionnelle, attestée par les hémorrhagies, les pulsations.

2° L'ulcération qui, dans le carcinome, ramène la partie ulcérée à l'état embryonnaire et fournit ainsi de nouveaux éléments au néoplasme ; ceci n'a pas lieu dans l'épithélioma.

3° Dureté ou mollesse, richesse en succès parenchymateux. Plus une néoplasie est sèche, moins elle a de tendance à s'étendre.

4° Prédominance plus ou moins grande sur le stroma.

5° Nature du stroma : embryonnaire, muqueux ou conjonctif adulte.

6° Cellules embryonnaires en grand nombre, ou adultes en petit nombre dans les alvéoles.

On sera donc suffisamment fixé sur la marche de la tumeur, par ces caractères, au moyen de leur examen microscopique. Néanmoins leur marche n'est pas toujours régulière ; ainsi le colloïde peut rester longtemps

stationnaire ; l'épithélioma peut n'envahir les tissus voisins par les lymphatiques que tardivement, tandis que le squirrhe venant à s'ulcérer prend soudain un rapide développement et le squirrhe lardacé de Velpeau peut avoir la même malignité que l'encéphaloïde. La connaissance de ces distinctions anatomiques et de ces caractères est absolument nécessaire pour éclairer un pronostic et diriger l'intervention, quand il s'agit d'opérer. Ainsi telle forme d'une évolution lente permettra d'attendre l'époque de la viabilité, sans pour cela nuire à la mère ; telle autre exigera une intervention hâtive ou immédiate ; chez l'une, il sera inutile d'opérer le col parce que ce sera une variété diffuse ; chez l'autre, on ne pourra opérer une guérison radicale parce que l'envahissement marchant rapidement, le péritoine et les réseaux lymphatiques éloignés seront peu envahis.

De même, on pourra prévoir la marche de l'accouchement en se fondant sur l'état de la lésion, deviner s'il y aura rupture ou résistance du col, enfin prévenir les accidents de la grossesse comme l'hémorrhagie, l'infection putride, etc.

Ordre de fréquence des variétés de cancer de l'utérus.— Ch. West, dans ses leçons sur les maladies des femmes, dit avoir rencontré sur 170 cas de cancer : 137 encéphaloïdes, 28 épithéliomas, 2 cancers colloïdes et 1 squirrhe.

Cette statistique, surtout en ce qui concerne le squirrhe, paraît trop faible, toutefois il est probable que des erreurs de diagnostic ont fait prendre pour du squirrhe l'induration simple du col de l'utérus.

Nature de la tumeur. — Sur les 127 cas d'épithélioma du col de l'utérus observés par Cohnstein, en 1853, il y en avait 117 où l'on constatait de l'infiltration épithéliale des lèvres du col et du col lui-même, sans productions villeuses, communément appelées choux-fleurs, dans les dix autres cas, il y avait de ces productions.

Siège. — La lèvre antérieure du col était prise	12 fois.
— postérieure	7 »
L'orifice du col	22 »
Le col tout entier	85 »
Un côté du col seul	1 »
Complications et ulcérations considérables du col	18 »
Extension à la vessie	3 »
Fistules vésico-vaginales	2 »
Extension au rectum	3 »
Fistules recto-vaginales	2 »
Extension au corps, orifice antérieur et voisinage	21 »
Au corps tout entier	6 »

ALTÉRATIONS DU SANG DANS LE CANCER.

Parmi les altérations chimiques du sang, dans la cachexie cancéreuse et surtout vers la fin, M. Andral n'a pas trouvé de diminution sensible de la fibrine, par contre dans le cas de complication inflammatoire il y a augmentation.

Des analyses de M. Andral et de celles de M. Frantz Simon, il paraît résulter que la déglobulisation se fait assez rapidement : de 127 le nombre tombe à 46 d'après Simon et même à 21 suivant Andral.

La cause la plus fréquente, dans le cas qui nous occupe, est la métrorrhagie ; néanmoins cette déglobulisation a pu être indépendante des pertes de sang, et attribuable à la cachexie cancéreuse elle-même. Sur cette chlorose cachectique vient se greffer l'état chlorotique propre à la grossesse, une véritable leucocythose, surtout sensible dans la deuxième moitié de la gestation.

Il y a aussi une diminution de l'albumine dans le sang, sa moyenne physiologique s'abaisse de 70,6 à 68,6 dans les sept premiers mois et de 66,4 dans les deux derniers mois, d'où une grande tendance aux œdèmes et aux hydropisies.

Cette composition du sang lui ôte beaucoup de sa puissance plastique, aussi a-t-il peu de tendance à favoriser le bourgeonnement des plaies, après les interventions opératoires, et la cicatrisation des tissus : d'où la facilité des hémorrhagies secondaires et leur gravité.

Hémorrhagies. — Le mode suivant lequel se produit la perte varie beaucoup. Quelquefois c'est un écoulement continu et peu abondant, comme les règles, mais ne venant pas aux époques menstruelles. Cet accident s'observe le plus ordinairement chez les femmes âgées, après la ménopause ; mais il peut s'observer également chez les femmes réglées : celles-ci perdent de leur régularité, et peuvent revenir tous les quinze jours. Pendant la grossesse, les menstrues étant supprimées, ces hémorrhagies pour-

raient faire croire à leur retour, mais l'irrégularité de leur apparition et leur nature sont des caractères qui doivent les en distinguer.

Ecoulements vaginaux ichoreux et fétides. — D'autres écoulements d'une fétidité repoussante, jaunâtres ou brunâtres, souvent striés de sang, plus ou moins limpides, et plus ou moins abondants, mêlés au mucus vaginal affligent la malheureuse patiente et en font un objet de dégoût et de répulsion pour ceux qui l'approchent.

Souvent même ce sont les inquiétudes, que ce triste état leur inspire, qui conduisent la malade au médecin.

Douleurs. — Au début, l'épithélioma du col est peu ou point douloureux et passe souvent inaperçu lorsqu'il est borné à la superficie du col, mais, lorsqu'il atteint le niveau des culs-de-sac vaginaux et la portion sus-vaginale, alors les douleurs apparaissent vives, lancinantes, souvent irradiées dans le petit bassin et dans la région lombaire. Ces douleurs ne sont pas toujours continues et semblent revenir par accès, devenant plus fréquents, suivant ainsi les progrès envahissant du cancer.

La sphère urinaire n'échappe pas à l'action du cancer : la néoplasie gagne la paroi vésico-vaginale, en amène parfois la perforation ; l'uretère comprimé par l'extension de la production maligne s'obture : de là des lésions graves du côté des bassinets et du rein. En 1874, Carpentier-Méricourt signalait un cas intéressant (Bulletin de la Soc. anat.), dans lequel le cancer avait amené une oblitération des uretères et une urémie consécutive à forme gastrique.

Dans une leçon clinique de M. le professeur Gosselin, rapportée dans la Gazette des hôpitaux de 1879, l'obstacle à l'écoulement de l'urine siégeait dans la vessie ; il y avait rétention d'urine et hydronéphrose consécutive.

Souvent aussi le cancer a gagné le col de la vessie, d'où résulte beaucoup de gêne dans la miction et les mictions sont tantôt rares, tantôt très fréquentes, mais toujours douloureuses.

En même temps qu'il s'étend vers l'appareil urinaire, il peut gagner l'organe de la défécation, la paroi du rectum, agir d'abord par compression et rétention des matières fécales, puis par perforation de la paroi, établissant ainsi une fistule recto-vaginale.

INFLUENCE DU CANCER SUR LA GROSSESSE.

Dans cinq pour cent des cas observés par Cohnstein, la grossesse suivit à peu près son cours normal sans troubles notables, mais dans d'autres cas, il y eut exagération des troubles de la nutrition, malaises, vomissements, constipation et des troubles de la miction, un cas d'urémie, amaigrissement, fièvre lente et l'œdème se montrant dans les derniers mois. A cela se joignent des douleurs névralgiques, des troubles psychiques caractérisés surtout par des craintes sur la terminaison de l'accouchement, de temps en temps des contractions irrégulières et passagères et surtout des hémorrhagies signalées par tous les auteurs.

Aujourd'hui qu'on connaît mieux, dit Chantreuil, les modifications qui se passent dans les différentes parties

de l'appareil pendant la gestation, et qu'on sait à n'en plus douter que le développement de la cavité qui renferme l'œuf fécondé se fait presque exclusivement aux dépens du corps de l'organe, on comprend qu'une désorganisation plus ou moins avancée du col ne s'oppose pas nécessairement à la marche régulière de la grossesse, mais il n'en est pas moins vrai que souvent la femme n'arrive pas à son terme.

C'est ainsi que la femme, dont on doit l'observation à M. Marchand, vit le travail se déclarer au huitième mois.

Dans le cas de Littré (1705), c'est à sept mois que la femme succomba sans être accouchée. Fœtus mort, opération césarienne.

Brudwell Exton, appelé près d'une femme accouchée d'un enfant à sept mois, trouva une tumeur squirrheuse de l'orifice, il délivra néanmoins la femme non sans difficulté.

Le Dr Lautreis vit une femme atteinte de dégénérescence squirrheuse qui accoucha avant terme. Observation Elisa. Simpson, observation de Guéniot (femme de Passy). Observation de Guéniot : Cancer du col chez une femme enceinte. Incisions pratiquées sur le col. Forceps. L'enfant vivait le 23 juin. La mère succombe le 1er août de cachexie.

Le pronostic varie suivant le volume, le siège et le degré d'extension de la tumeur squirrheuse.

Si, en effet, la tumeur est volumineuse, dure, occupant le col de l'utérus en entier, s'étendant même à l'orifice interne et au segment inférieur, on aura lieu de redouter l'impossibilité de l'expulsion du fœtus, au moment de

l'accouchement, ou même des ruptures utérines, au début du travail. Mais si la tumeur est récente et peu développée, qu'elle siège sur une des lèvres seulement, qu'elle soit molle et que l'état général de la malade ne soit pas encore compromis, le pronostic est moins grave et l'avortement lui-même n'est à craindre que si on se trouve en présence d'un utérus dont l'excitabilité contractible soit excessive.

M. Chantreuil a dressé des tableaux statistiques dans lesquels il a mentionné l'espèce du cancer et son siège, la durée du travail, les résultats pour la mère et pour l'enfant et des remarques relatives à l'étiologie et aux complications.

Dans ces tableaux, qui comprennent 60 cas, nous relevons 25 cas de mort de la mère pendant le travail ou les suites de couches ; dans 35 cas, les femmes se rétablissent momentanément, pendant une période plus ou moins longue, mais elles finissent toutes par succomber au progrès de l'affection cancéreuse, dans l'année même de leur accouchement ou dans la suivante. Il est rare qu'une grossesse suivante arrive à son terme, elle se termine, du fait même de l'infection cancéreuse, par la mort de la mère et de l'enfant.

Les causes des 24 décès de la mère pendant le travail furent pour 6 d'entre elles la rupture de l'utérus, pour 9 la péritonite et l'épuisement, et pour les 7 autres des opérations graves, telles que les inversions, la version, la craniotomie, l'embryotomie et l'excision de la tumeur Quant aux enfants il en était mort 29 sur 60.

Ces facheuses influences n'existent pas au même point

chez toutes les malades. On a vu des tumeurs qui, au moment de l'accouchement, présentaient un obstacle insurmontable, dont la révélation ne datait que de quelques jours. Dans d'autres cas, une tumeur de peu d'étendue provoqua relativement peu de troubles dans l'organisme, et permit une seconde grossesse.

Cohnstein, en effet, cite en 1873 une série de treize cas de femmes devenues enceintes malgré le cancer de l'utérus, et parmi ces treize cas, il y en a huit de femmes qui ont accouché une première fois avec un cancer de l'utérus et qui sont devenues enceintes une deuxième fois.

Il est évident que ces femmes n'étaient pas guéries de leur cancer après leur premier accouchement, sa marche a été suivie pendant la seconde grossesse, qu'il a influencée d'une manière plus ou moins funeste.

Deux ans plus tard, Savory communiquait à la Société obstétricale de Londres l'intéressante observation suivante.

Observation I.

J. W..., âgée de 35 ans, mariée depuis seize ans, huit enfants. Elle avait un écoulement séro-sanguinolent d'un caractère inquiétant. Une large excroissance en chou-fleur fut reconnue et enlevée au moyen de l'écraseur.

Le 27 octobre 1870, environ dans le septième mois de la grossesse, elle accouchait, en effet, le 12 janvier 1871, d'une fille vivante.

Le 25 juin 1873. Nouveau début de travail et après quelques difficultés elle accouchait d'un enfant mort, sans hémorrhagie grave. La patiente succomba trente jours après, apparemment

de cachexie et d'épuisement, deux ans et neuf mois après la date de la première opération.

Nous avons parlé des indications relatives au diagnostic du cancer, plus loin nous indiquerons les différents procédés opératoires qui s'y rapportent. Ces indications permettant de classer les différentes affections cancéreuses et leur traitement ne sont pas étrangères, on le comprend, à notre sujet, puisqu'elles montrent leur degré de gravité et nous amènent à prendre des mesures en rapport avec leur forme : il n'y a donc pas lieu d'y revenir. Mais, malgré ces différentes considérations, qui doivent certainement entrer en ligne de compte dans l'intervention, en présence de l'action funeste du cancer, dans notre complication, nous concluons d'une façon générale à l'intervention toutes les fois qu'elle peut assurer l'existence du fœtus.

On a coutume d'envisager le cancer comme apportant obstacle à l'accouchement. Nous nous rallions à cette façon de voir, mais seulement d'une façon générale, car de nombreux exemples et notamment celui du professeur Dubois, cité par Ch. West, viennent nous apprendre qu'il en est parfois autrement. Quoi qu'il en soit, Ch. West conclut et nous concluons aussi à l'intervention, sans attendre une issue qui vient le plus souvent à manquer.

AVORTEMENT SPONTANÉ ET ACCOUCHEMENT PRÉMATURÉ.

Nous venons de voir que, dans de nombreux cas, le cancer utérin permet et la conception et la marche nor-

male de la gestation ; mais, souvent aussi, et le docteur Lewer, à Guy'ss hospital, l'a trouvé 40 fois sur 100, sur 120 femmes observées, atteintes de cancer du col, cette affection provoqua l'avortement,ou plus tard l'accouchement prématuré.

M. le Dr Marchand cite en effet une observation dans laquelle on vit le travail se déclarer au huitième mois.

Il en arriva de même dans le fait de Simon cité par Levret.

Littré rapporte l'observation d'une femme qui eut des contractions utérines au septième mois, sans expulsion du fœtus; on pratiqua l'opération césarienne, et un fœtus mort fut extrait : la mère avait succombé.

Bradwell Exton fut appelé auprès d'une femme qui venait d'accoucher à sept mois d'un enfant vivant ; en procédant à son examen, il constata qu'elle portait une tumeur d'où s'écoulait un ichor fétide, tumeur ulcérée et d'une dureté squirrheuse. Il fit la délivrance, mais non sans difficulté.

Dans des cas assez nombreux, ce n'est pas à sept mois ou même plus tard que le produit de la conception est expulsé spontanément, mais dès le cinquième et le sixième mois de la grossesse. Tel est le cas observé par James Moncriff-Avnott, chirurgien en chef au Middlesex hospital.

Observation II.

Simpson (Élisabeth), mère de neuf enfants, ayant sevré son dernier depuis quinze mois, vint à l'hôpital le 5 octobre, et déjà le Dr Wets put porter le diagnostic de cancer du col. La portion vaginale était élargie, indurée, d'une consistance cartilagineuse. La lèvre

antérieure très développée avait un aspect rugueux et irrégulier. L'orifice était béant, et la surface interne était rétrécie. La brèche de la lèvre postérieure était excoriée, comme faite au couteau. La dégénérescence s'étendait sur le col, au-dessus du point accessible au toucher. L'utérus était immobile dans le bassin. Environ cinq semaines après son entrée, il sembla à cette femme qu'elle ressentait des mouvements fœtaux, et le Dr Wets confirma ce diagnostic. Quinze jours après, la malade éprouva des douleurs utérines, du liquide amniotique s'écoula, et tout fit prévoir un avortement prochain. En effet, le lendemain, un premier produit de conception, mâle, était expulsé, dans une douleur violente, puis un second du sexe féminin.

Les placentas furent extraits après quelques tractions, et la femme se rétablit après cet accouchement. Mais le cancer continua sa marche envahissante : il se compliqua de douleurs continuelles dans la région iliaque droite et d'une tuméfaction du fémur qui atteignait, au moment de la mort, le volume d'une noix de coco.

Trois mois auparavant on avait constaté une exophthalmie de l'œil droit, avec épiphora et perte complète de la vue.

La malade succomba au bout de six mois, et, à l'autopsie, on put voir que la masse cancéreuse avait envahi tout l'utérus, l'os iliaque et la tête du fémur. Pareille tumeur siégeait aussi dans l'orbite droit.

Dans l'observation suivante de M. Guéniot l'avortement eut lieu à six mois et demi, le fœtus était mort depuis peu et la délivrance fut normale. Les suites de couches se passèrent bien, et la malade put se lever au bout de quinze jours.

Observation III.

Carcinome du col utérin. Avortement à six mois et demi de la grossesse. Extraction de l'œuf.

Mme X..., demeurant à Passy, âgée de 27 ans, réglée à 14 ans, mariée à 15, mère pour la première fois à 16 ans, et depuis lors ayant eu trois autres grossesses terminées, comme la première, à terme par la naissance d'enfants vivants.

Aujourd'hui, 18 août, elle est enceinte pour la cinquième fois, arrivée à six mois et demi de grossesse, en travail depuis plus de trente-six heures, et ayant perdu les eaux depuis hier matin. (Il était une heure de l'après-midi lorsque je vis cette dame.)

Le toucher vaginal révèle l'existence d'un cancer végétant du col utérin, qui forme une tumeur grosse comme le poing sur la lèvre antérieure et envahit tout le reste du col sous forme de tissu dur, mais fragile et anticipant même sur le vagin. Cette dame a des pertes répétées depuis quelque temps.

M. Gosselin la vit à trois mois de grossesse, appelé en consultation par le Dr Tenneson. Il fut convenu d'attendre, et en cas de perte inquiétante, d'arracher une portion de la tumeur, et de cautériser au fer rouge. Depuis le 15 août, Mme X... souffre de contractions utérines.

Elle a senti hier encore les mouvements de son enfant. Cette dame est anémiée, un peu jaune, et porte les traces évidentes de son affection organique (cachexie avancée.) Au toucher, orifice large comme une pièce de 5 francs, très en arrière à cause de la tumeur antérieure ; cette déviation de l'orifice est tellement prononcée, qu'il faut introduire la main pour l'atteindre. La matrice est animée de contractions qui reviennent fréquemment et la malade est extrêmement fatiguée, quoique très courageuse ; la langue est un peu saburrale, le pouls fréquent. La malade perd quelques gouttes de sang liquide et un caillot, tout le pourtour de l'orifice étant dur, ferme, inextensible. Voyant que l'accouchement ne se ferait pas sans intervention, la patiente

étant chloroformisée, j'introduisis la main jusqu'à l'orifice, sur lequel je trouvai les deux mains de l'enfant, la tête et le pied droit. Je ramenai ce pied et j'y fixai un lacet après quelques efforts de traction, je parvins à extraire l'autre pied et à faire évoluer le fœtus qui fut extrait mort après vingt minutes d'opération totale.

Pendant cette opération, je ramenai un fragment gros comme une mandarine de la tumeur cancéreuse qui formait dans la lèvre antérieure une tumeur grosse comme le poing.

Je dus aussi débrider à gauche et un peu en arrière l'orifice utérin, pour extraire la tête fœtale arrêtée d'une manière invincible au-dessus de ce cercle dégénéré, qui ne cédait en aucun point d'une manière notable. Perte de caillots sanguins assez modérée. La malade n'a rien senti pendant l'opération.

Délivrance normale.

Enfant pesant 2 kilogrammes : fille morte depuis peu, car elle était encore fraîche, je ne perçus à aucun moment, pendant l'opération, de pulsations du cordon. C'est un fœtus de six mois et demi environ.

Le lendemain de l'opération, 19 août, la malade va relativement bien ; elle n'a pas perdu d'une manière exagérée, ventre plat, utérus dur, pas de frisson, P. 128 comme avant l'accouchement. Cette dame s'est bien rétablie des suites de couches, douze à quinze jours après l'opération elle a quitté Passy, et plus tard elle s'est adressée à un guérisseur pour son affection cancéreuse.

Observation IV.

Cancer du col de l'utérus. Grossesse de six mois environ. Accouchement spontané avant terme.

(Observation recueillie à la clinique d'accouchement par le Dr Doléris, chef de clinique.)

La nommée M... arrivait à l'hôpital de la clinique le 23 mai à 3 heures de l'après-midi. Le travail avait commencé quatre

jours auparavant et s'était ensuite interrompu. Il existait là quelque chose de particulier, d'autant plus que la femme, qui ne pouvait préciser la date exacte de ses dernières époques, affirmait être enceinte de six mois environ. Une sage-femme et plusieurs médecins avaient été demandés et, trouvant une dégénérescence de tout le pourtour du col de la matrice, et ne voyant pas le travail se déclarer franchement, restèrent très inquiets pour la suite de l'accouchement, et voulurent prendre l'avis de M. Bailly. Ce dernier, considérant que la délivrance pourrait présenter de sérieuses difficultés, conseilla le transport de la malade à la clinique.

Elle fut amenée en voiture, et les cahots fréquents ravivèrent les douleurs qui étaient suspendues. Arrivée à l'hôpital, on pouvait constater une dilatation de l'orifice, grande comme une pièce de cinq francs environ. M. Depaul, qui l'examina quatre heures après, jugea que l'accouchemeut se ferait spontanément et que l'intervention active devait dans tous les cas être retardée.

La tumeur, dont il put apprécier la forme, le siège et le volume, était de nature cancéreuse, elle occupait toute l'épaisseur du col utérin et faisait une notable saillie dans le vagin, sous forme de prolongements denticulés qui représentaient des déchiquetures de la partie inférieure du néoplasme.

Cette forme particulière avait même donné lieu à une erreur de diagnostic : un des médecins appelés au début du travail avait cru à une procidence du pied ou de la main que simulaient grossièrement les profondeurs et les anfractuosités de la tumeur.

Il est vrai d'ajouter que là n'était pas la principale difficulté du diagnostic, puisque MM. Bailly et de Soyre avaient pensé à une présentation du siège, alors qu'il s'agissait du sommet. Cette erreur provenait d'une énorme bosse sanguine qui masquait entièrement les parties.

L'accouchement de cette femme, comme l'avait prévu M. Depaul, ne tarda pas à s'opérer sans nécessité d'intervention, à 1 heure du matin, le lendemain de mon arrivée.

Le 29 mai, la délivrance était complète, l'enfant s'était présenté en occipito-iliaque gauche antérieure, il était très chétif et pesait à peine 1560 grammes.

La malade raconte qu'elle est déjà mère de six enfants, couturière et âgée de trente-trois ans, de constitution autrefois robuste, mais maintenant depuis plusieurs mois très délabrée. Son mari, soit dit en passant, est atteint d'un cancer du pylore.

Réglée à 13 ans, une peur subite détermina une éruption d'urticaire, qui accompagne chaque retour de règles.

A 21 ans, première grossesse suivie de quatre autres sans interruption. Entre la cinquième et la sixième, cinq années d'intervalle, pendant lesquelles la santé de la femme ne présente aucun dérangement. Embonpoint marqué.

Enfin, neuf mois après le sixième accouchement, début de la septième grossesse. Jusque-là tout s'était bien passé, jamais le moindre accident avant, pendant ou après les couches; mais, dès les premiers mois de cette septième grossesse il se produisit des phénomènes particuliers que la malade n'avait jamais éprouvés.

Ce fut d'abord une douleur constrictive en barre occupant la région hypogastrique et s'irradiant dans les cuisses et dans les flancs, une douleur d'une autre nature plus profonde régnait dans l'intérieur du ventre.

Les fonctions urinaires furent considérablement troublées. Tandis qu'à ses précédentes couches la malade n'avait éprouvé que de fréquentes envies d'uriner vers le sixième mois, ce fut cette fois-ci une véritable incontinence: à peine l'envie se faisait-elle sentir qu'il fallait la satisfaire immédiatement: impossible de retarder ou d'arrêter l'émission de l'urine.

La miction était déjà douloureuse au début de l'affection, cette douleur ne fit qu'augmenter par la suite, au point que la malade criait chaque fois qu'elle urinait.

En une seule nuit, elle put compter trente-deux mictions.

Ces troubles ont persisté pendant toute la grossesse. De plus, dans la fin du troisième mois, elle s'aperçut que son urine lais-

sait déposer des filaments sanguins rouges, de petits caillots et une quantité abondante de matières jaunes verdâtres. Ces matières avaient une certaine consistance et apparaissaient surtout quand l'émission en avait été retardée.

La constipation était opiniâtre.

Ces graves accidents, la douleur qui augmentait tous les jours, la faiblesse extrême et l'impossibilité de se soutenir sur les jambes, obligèrent la femme à prendre le lit qu'elle n'a plus quitté depuis. L'amaigrissement est venu, et a fait de rapides progrès ; l'appétit complètement disparu ; une pâleur caractéristique a remplacé l'apparence de la santé et une odeur fétide s'exhale du corps de la malade.

Tel est l'état dans lequel elle se trouve à son entrée à la clinique.

Opservation V (Martel).

Cancer encéphaloïde du col et du vagin. Accouchement spontané à 7 mois et demi. Enfant mort. (Observation recueillie par Martel et publiée dans *Archives de tocologie* 1877, page 745.)

Le 9 octobre 1877, est entrée, à l'hôpital des cliniques, la nommée L..., femme L..., âgé de 37 ans, blanchisseuse.

Elle n'a jamais été malade pendant sa grossesse ; aucun antécédent de famille ; son père et sa mère sont en bonne santé, et les grands parents sont morts à un âge avancé. Réglée à 15 ans pour la première fois, la menstruation se faisait régulièrement et en grande abondance chaque mois pendant deux jours et ne donnait lieu à aucun accident.

Pas de leucorrhée dans l'intervalle des règles. Mariée à 21 ans, elle a eu un accouchement prématuré à 8 mois et quatre autres accouchements à terme et très faciles, malgré le volume notable des enfants.

Depuis six ans, époque où elle a accouché de son dernier enfant, la menstruation était difficile, précédée et accompagnée de

très vives coliques et de douleurs lombaires. Cependant, malgré cette dysménorrhée, l'état général reste excellent.

Il y a deux ans seulement que l'amaigrissement a commencé, sa marche a d'abord été lente, mais cette grossesse paraît lui avoir rapidement fait atteindre le degré que nous pouvons constater.

La maigreur et l'affaiblissement sont extrêmes, les téguments et les muqueuses sont décolorés, il y a un bruit de soufle cardiaque et carotidien intense, la malade ne peut qu'à grand peine rester assise pendant une heure dans un fauteuil. La peau du visage ridée, jaunâtre, les traits tirés, les yeux un peu ternes, donnent à cette malade l'aspect d'une femme très âgée.

Réglée pour la dernière fois, le 3 mars 1877, il n'y a eu d'écoulement ni sanguin, ni leucorrhéique jusqu'au troisième mois de la grossesse. A cette époque, c'est-à-dire vers le milieu du mois de mai, à la suite d'un travail fatigant, première hémorrhagie peu abondante qui persista pendant trois jours.

Au bout d'une quinzaine de jours, nouvelle hémorrhagie, qui fut remplacée par un suintement sanguinolent non fétide. Cet écoulement dura pendant trois semaines sans interruption, cessa, mais réapparaissant sous l'influence de la moindre fatigue.

La malade ne pouvant plus que difficilement vaquer à ses occupations, à cause de son état de faiblesse qu'étaient venues aggraver des douleurs lombaires très violentes, se décida, le 22 août 1877, à entrer à l'hôpital des cliniques, où M. Depaul, après avoir constaté cet état anémique extrême, reconnut, par le palper et le toucher, les diverses particularités suivantes :

Après quinze jours de séjour à l'hôpital, la malade, trouvant que les douleurs lombaires avaient diminué, voulut s'en aller. Mais ces douleurs réapparurent de nouveau au bout de peu de temps, augmentèrent d'intensité et d'étendue en s'irradiant dans la partie abdominale et dans les parties supérieures des cuisses.

La malade rentra donc le 9 octobre 1877, à l'hôpital des cliniques, où M. Charpentier, suppléant du professeur Depaul, reconnut que les lésions locales dont nous venons de parler étaient

toujours dans le même état. Un léger suintement sanguinolent se faisait par les parties génitales, mais il n'avait pas d'odeur particulière. Le ventre était plus développé, la matrice remontait à 2 centimètres au-dessus de l'ombilic, l'enfant se présentait par le sommet en position latérale gauche, variété antérieure. Cependant les douleurs lombaires et abdominales s'exaspérant par crises faisaient beaucoup souffrir la malade et l'empêchaient absolument de reposer. Des injections hypodermiques furent faites matin et soir avec une solution de morphine et amenèrent un soulagement notable. Constipation opiniâtre, dysurie.

29 octobre. La poche des eaux se rompt promptement à 10 heures du matin et amène ainsi l'écoulement d'une assez grande quantité de liquide amniotique, suivi d'un suintement de sang abondant qui continue pendant toute la journée.

L'utérus, normalement développé, s'élève à 1 centimètre environ au-dessus de la cicatrice ombilicale comme dans une grossesse de cinq mois environ. On entend les battements du cœur en bas et à gauche de l'abdomen. Par le toucher, que l'on doit pratiquer avec les plus grands ménagements, à cause de l'hémorrhagie qui survient très facilement, le doigt est immédiatement arrêté dès son introduction dans le vagin par une masse inégale, mamelonnée, grenue, qui, au premier abord, paraît être le col très hypertrophié et qui n'est que la paroi supérieure du vagin envahi par la lésion cancéreuse, très épaissie et séparée en deux par un sillon antéro-postérieur.

Tout le pourtour du vagin offre des saillies de tissu cancéreux plus ou moins longues qui bouchent le canal et ne laissent arriver au col qu'avec une certaine difficulté. Le museau de tanche est dégénéré dans toute sa périphérie ; ses deux lèvres sont nettement séparées latéralement par une anfractuosité profonde ; la lèvre antérieure tomenteuse, comme déchiquetée, plus dure que la postérieure, est longue de 3 centimètres et demi à peu près, la postérieure est un peu plus lisse, plus courte et n'a que 3 centimètres de longueur. Le col a donc grossièrement la forme d'un bec de flute. A ces caractères, le professeur porte ce diagnostic :

cancer du col de nature encéphaloïde ayant envahi presque toute l'étendue de la muqueuse vaginale.

Malgré les contractions énergiques qui se sont renouvelées à de courts intervalles depuis 11 heures du matin, on ne constate le soir, par le toucher, aucune modification dans la longueur ni la consistance du col.

30 octobre. La nuit a été mauvaise. Les contractions utérines ont persisté et n'ont amené aucun résultat; le col est toujours long, dur et ferme. Du sang s'écoule toujours par les parties génitales, mais en très petite quantité. La tête fœtale reste au-dessus du détroit supérieur; les battements cardiaques de l'enfant deviennent lents et irréguliers. Quoique fatiguée par ce travail d'accouchement pénible et déjà long, la malade n'est pas dans un état qui réclame une prompte intervention. M. Charpentier croit devoir attendre encore, d'autant plus qu'il a vu, d'une part, ces accouchements se terminer tout seuls dans un certain nombre de cas, et d'autre part, les mauvais effets du débridement dans le tissu cancéreux. P. 116, T. 38°.

Soir. Les contractions utérines, de plus en plus fortes, ont fini par amener une légère dilatation de l'orifice externe, qui a le diamètre d'une pièce de cinq francs. Le col forme encore un canal de 2 centimètres de longueur. Quant à l'orifice interne, il est un peu moins dilaté. Ce canal cervical est inégal, bossué, comme formé par des brides de tissu dur alternant irrégulièrement avec un tissu bien moins résistant.

La lèvre antérieure est toujours plus longue que la postérieure, dont elle est nettement séparée. Le vagin est inextensible. On n'entend plus les battements du cœur fœtal. P. 116, T. 39°,9.

31 octobre. Les contractions utérines ont encore augmenté d'intensité pendant la nuit, et ce matin, à notre arrivée à l'hôpital, nous avons trouvé la tête à la vulve. Le dégagement s'est fait avec la plus grande rapidité, et un enfant mort a été expulsé prématurément à 8 heures et demi, après un travail qui a duré quarante-cinq heures et demie. Délivrance naturelle. Pas d'hé-

morrhagie ni après l'expulsion de l'enfant ni après la délivrance. L'utérus se rétracte bien. Potion de Todd. Potages.

Soir. Tranchées utérines à intervalles éloignés. Ecoulement lochial peu abondant. Les douleurs lombaires qui faisaient tant souffrir la malade ont complètement disparu. P. 120, T. 40°.

1er novembre. Etat général bon. L'utérus a diminué de 1 centimètre dans son diamètre vertical. Parties génitales externes un peu tuméfiées. L'écoulement lochial devient fétide. P. 96, T. 38°,6.

Le 2. L'utérus a encore diminué. L'écoulement lochial devient si fétide que l'on est obligé de faire évacuer la salle dans laquelle se trouvait cette malade. Injection avec solution à 1/1000 de permanganate de potasse, T. 38°,7.

Le 3. Malgré de nombreuses injections faites dans la journée d'hier, la fétidité des lochies n'a pas diminué. T. 38°,5.

Le 4. Les lochies répandent toujours une odeur nauséabonde ; la malade en est très incommodée. Les douleurs lombaires qui avaient cessé depuis l'accouchement la font de nouveau souffrir, surtout dans la soirée. Température 38°,8.

Le 5. Une hémorrhagie, que l'on peut évaluer à 500 grammes environ, s'est produite ce matin sans cause apparente et a beaucoup affaibli la femme L... Les douleurs lombaires ont été aussitôt calmées après cette perte. P. 120 ; T. 38°,9. On fait deux injections avec une solution de perchlorure de fer étendue, et on place dans le vagin un petit tampon imbibé de cette solution un peu concentrée.

Le 6. M. Depaul enlève le tampon placé la veille, un putrilage brunâtre entièrement fétide s'écoule des parties génitales. La malade est toujours très faible et ne veut prendre aucune nourriture. Deux ou trois vomissements bilieux pendant la journée. Pas de diarrhée, pas de douleurs lombaires. T. 39°,2.

Le 7. L'écoulement sanieux, qui durait depuis six jours, est un peu arrêté, la malade ne fait que tacher son linge, cependant elle répand toujours une odeur repoussante. L'état général est

un peu meilleur ; quoique les douleurs lombaires aient reparu, elles sont supportables.

On est obligé de combattre la constipation opiniâtre par une cuillerée à bouche d'huile de ricin tous les deux jours ou par des lavements émollients. T. 38°,8.

Le 8. Douleurs lombaires plus fortes qu'hier. Pas d'écoulement fétide. L'inappétence continue. Pas de sommeil à cause de la violence des douleurs lombaires. Injections morphinées. T. 38°,7.

Le 9. Douleurs encore plus aiguës. On est obligé d'augmenter le nombre des gouttes de l'injection hypodermique. Pas d'écoulement. T. 38°,8.

Le 10. Même état. T. 38°,6.

Le 11. Les douleurs abdominales sont moins violentes, mais les douleurs lombaires persistent toujours. L'utérus déborde encore d'un travers de doigt le bord supérieur de la symphyse pubienne.

A partir de ce jour jusqu'au 28 novembre, jour où la malade a obtenu sa sortie, l'état général s'est légèrement amélioré, les douleurs lombaires se sont amendées, mais l'affaiblissement est toujours très grand. Nous constatons, le jour de son départ, que l'état est le même qu'avant l'accouchement, cependant les lambeaux cancéreux qui obstruent le vagin sont en plus grand nombre, le pourtour du col est fendu en plusieurs endroits ; il est évident que le passage de la tête a provoqué de nombreuses déchirures dans ce tissu dégénéré.

Observation VI.

Epithélioma du col de l'utérus. Grossesse. Accouchement avant terme. Complication de pelvipéritonite et de pleuropneumonie.

(Observation recueillie à la clinique d'accouchements par M. le Dr Doléris, chef de clinique.)

Le 27 janvier entre à la clinique la nommée Corbeau (Virginie), âgée de 26 ans, cuisinière, de santé bonne, mais dont le père est mort d'une affection de l'estomac.

Réglée pour la première fois à 21 ans, l'établissement de ses régles fut pénible et difficile, puis elles furent très régulières.

Elle fit une fausse couche de cinq mois en juin 1881, et conserva depuis une leucorrhée continuelle. Grossesse actuelle : elle vit ses règles pour la dernière fois en juin 1883 et une suppression de tout écoulement sanguin pendant trois mois ; mais, à la fin de septembre, il survint une hémorrhagie très abondante qui se renouvela à la fin d'octobre.

A part cela, sa santé s'était maintenue assez bonne jusqu'à cette époque ; malgré une leucorrhée abondante et fétide qui la fatiguait beaucoup, elle put continuer à travailler.

Dans la nuit du 25 janvier, sans cause appréciable, en se couchant, elle fut prise d'un frisson intense, de mal dans les reins, de coliques, de vomissements, de douleur continue dans la région hypogastrique et de fièvre. Elle ne perdit pas de sang.

Samedi 26. La malade garda le lit, un médecin et une sage-femme l'examinèrent et observèrent la persistance des douleurs lombaires et abdominales, des coliques, des vomissements; la douleur était surtout très vive dans le segment inférieur de l'utérus.

Dimanche 27. Même état ; on la conduit à la clinique.

Lundi 28. T. M. 40° ; P. 100. T. S. 39° ; P. 110.

Pas de vomissements. On administre un lavement.

Examen. — *Palper.* Le ventre est très tendu et généralement douloureux au palper. Mêmes douleurs spontanées, lancinantes, continuelles, parfois pongitives dans le ventre et la région lombaire.

Contractions utérines : l'on constate par le palper que l'utérus est en état de contraction permanente avec paroxysmes au moment des efforts de contraction.

Toucher. — Le vagin est très chaud; écoulement purulent et fétide. *Les culs-de-sac antérieurs sont durs* ; *on sent cette induration se prolonger vers le bassin.* Le col est très volumineux, aplati ; la lèvre postérieure très épaisse et mollasse, fongueuse et comme spongieuse superficiellement.

La lèvre antérieure plus dure, spongieuse près de l'orifice du museau de tanche, mais dure dans son corps, et cette induration se prolonge dans la portion sus-vaginale.

Le trajet cervical est de 2 centim. ; il est largement perméable et on arrive ainsi sur les membranes et un sommet engagé en OIA. Le toucher n'est nullement douloureux.

Cet examen complété par l'introduction du spéculum donne nettement l'idée d'une infiltration néoplasique dont la portion visible est représentée par des végétations exubérantes. On a affaire à un épithélioma végétant. Il n'existe aucun signe de syphilis ancienne ou récente.

Le facies est caractéristique ; en somme rien ne manque au diagnostic : carcinome utérin, ni dans les antécédents, ni dans l'état actuel. De plus, il existe selon toute apparence une poussée de péritonite limitée à la région pelvienne.

On se convainct que les douleurs éprouvées par la femme sont des contractions utérines, aggravées par l'induration du col et du segment inférieur de l'utérus ; à chaque douleur, en effet, on sent bomber la poche des eaux.

Auscultation. — On entend nettement les battements du cœur à gauche.

Mardi 29. M. Pajot ordonne des sangsues au nombre de

douze. Une hémorrhagie notable se fait par les piqûres: environ 500 grammes. T. M. 39°,4; P. 100.

Soir. L'accouchement se fait naturellement à 9 heures et demie, mais avant terme.

La durée totale du travail a été de trois jours.

Mercredi. T. M. 36°,6. T. S. 40°,9. Douleurs très vives dans le ventre. On place un vésicatoire du côté gauche; cataplasmes laudanisés.

Jeudi. T. M. 39°,6. T. S. 39°,5.

Diarrhée, vomissements verdâtres répétés; cataplasmes laudanisés. Langue sèche.

1er février. Vomissements verdâtres toute la nuit. T. M. 38°,8. T. S. 40°. La douleur persiste au-dessus de l'ombilic. Ballonnement du ventre. Vomissements toute la journée, verdâtres.

Le 2. T, 38°,5. Elle n'a vomi qu'une fois dans la nuit; agitation très grande. Le matin est plus calme, elle dort de 8 à 10 h. T. S. 38°,2.

Le 3. T. M. et T. S. 38°,6. Langue moins sèche; elle vomit encore deux fois dans la journée; nuit assez bonne, mais peu de sommeil.

Le 4. T. M. 38°,4. Etat général meilleur. T. S. 38°. Moins de douleurs de ventre, la malade n'a vomi qu'une fois depuis hier, dans l'après-midi; langue meilleure: un peu de soupe au lait a pu être pris. Elle dort une partie de l'après-midi.

Le 5. T. M. 36°,8. T S. 38°. Pas de vomissements dans la journée; la nuit est toujours un peu agitée.

Le 6. T. M. 37°,4. T. S. 37°,6. Langue sèche, comme rôtie. Pas de diarrhée.

Le 7. T. M. 37°,7. Un peu de diarrhée dans la nuit précédente, mais la langue est redevenue humide et les douleurs du ventre sont moins vives.

Le 8. Douleurs très vives dans la région lombaire: injection de morphine. Le soir, la malade est prise assez brusquement de dyspnée. On constate de la pleuro-pneumonie dans toute la hauteur du poumon gauche; on applique un large vésicatoire. T. M. 38°. T. S. 39°.

Le 9. T. M. 38°,2. Dyspnée moins forte.

Le 10. La dyspnée reparaît très vive dans l'après-midi, avec douleurs dans le côté droit : on constate de la pleurésie dans tout ce côté.

Le 11. On applique un second vésicatoire du côté droit.

Les 12 et 13. Dyspnée toujours intense. Fièvre assez vive ; on fait plusieurs injections de chlorhydrate de morphine.

Les 14 et 15. Diarrhée.

Le 16. Rien de particulier. Même état.

Le 17. La dyspnée est toujours intense ; la diarrhée continue. On applique un nouveau vésicatoire à droite.

Le 20. La dyspnée disparaît. La matité s'étend jusqu'à la pointe de l'omoplate de chaque côté. La toux est moins fréquente.

Le 25. Amélioration sensible dans l'état général. Plus de fièvre ; la respiration est facile, il ne reste que quelques points de pleurodyspnée.

Le 27. La malade mange bien et se lève un peu dans la journée,

Continuation du mieux.

Elle sort le 11 mars 1884 ; on retrouve l'utérus volumineux et la tumeur persiste.

D'après la statistique du Dr Lewer, sur 120 femmes atteintes du cancer du col, traitées par lui, 40 pour 100 ont avorté. Quelles sont donc les causes probables de là fréquence de ces avortements?

Et d'abord, ces femmes ont subi un traitement par le tampon et les cautérisations. Ces manœuvres ne peuvent-elles pas être accusées d'avoir provoqué des contractions prématurées?

Nous le pensons, car nous retrouvons ces pratiques dans les avortements ordinaires. D'ailleurs le siège et l'étendue de la tumeur cancéreuse ont une part notable

dans ces contractions et dans l'époque où elles sont ainsi provoquées. La lésion, en effet, est-elle limitée à l'une des lèvres ou seulement à la portion vaginale du col, la grossesse peut arriver à son terme, et la gêne éprouvée ne sera sensible qu'au moment de l'accouchement, où le volume et la rigidité de la tumeur apporteront un obstacle sérieux sinon infranchissable au passage de la tête de l'enfant. Si la tumeur s'étend plus profondément, à l'orifice interne par exemple, elle pourra provoquer, en s'opposant par la rigidité de ses nombreux tractus au développement et à la dilatation normale de l'utérus, des contractions qui amèneront l'accouchement prématuré. Il faut donc chercher le point de départ de ces contractions dans les altérations du col, suivant leur siège, leur profondeur et leur étendue.

La nature du cancer n'est pas non plus indifférente, et la forme épithéliale jouirait d'une certaine bénignité, surtout si elle était superficielle et siégeant seulement sur le col.

D'autres causes d'ordre général peuvent influencer la sensibilité contractile de l'utérus : c'est ainsi que peut agir la cachexie cancéreuse elle-même.

Les altérations du sang et la diminution des globules plongeant la mère dans une anémie profonde, le produit de la conception reçoit un sang vicié et insuffisant, et succombe. Une fois mort, il peut être considéré comme un corps étranger dont la présence dans l'utérus provoque les contractions qui doivent l'en expulser.

Mais la cachexie cancéreuse peut seule, en amenant une aussi profonde perturbation dans l'économie, exciter

la contractilité utérine, comme le font également les hémorrhagies abondantes ou les émotions trop vives.

AVORTEMENT PROVOQUÉ.

Quand la conception a eu lieu malgré les obstacles qu'y apportait la tumeur cancéreuse, doit-on attendre le terme naturel de la grossesse ou bien intervenir avant ce terme.

Le Dr Robert Lee pense qu'il faut agir le plus tôt possible et provoquer l'avortement. Si, dit-il, l'avortement n'a pas lieu spontanément quand la grossesse existe avec le cancer du col utérin à un degré avancé, les membranes de l'œuf doivent être perforées, si cela est possible, avant le septième mois ; si la maladie est moins étendue, avant le huitième mois,

West, Kiwisch et Courty partagent l'avis de Robert Lee, ils prétendent enrayer ainsi la marche du cancer et soustraire la femme aux dangers des éventualités : cette vue est fausse, car l'avortement aggrave le cancer au même degré qu'un accouchement, c'est-à-dire bien davantage que le cours de la grossesse lui-même. Cette vérité se lit déjà dans Hippocrate, que le pronostic de l'avortement est plus grave que celui de l'accouchement, et que le plus dangereux de tous est l'avortement provoqué. Nous n'avons encore aucune méthode qui, même chez une femme bien portante, soit absolument sans danger et laisse quelque pouvoir curatif sur les suites et l'issue de l'opération. Enfin, le pronostic des avortements a toujours été, dans chaque cas relaté de notre

complication, plus défavorable que celui des accouchements à terme. Oldham, Menzies, Gusserow, se sont élevés contre cette pratique, Cohnstein l'a condamnée sous prétexte que la vie de l'enfant n'est pas à sacrifier à celle de la mère; et Simpson la déclare « contraire aux règles de la profession médicale et de la morale ». Le fœticide, déjà blâmable dans les bassins rétrécis où les deux existences sont saines, l'est à plus forte raison dans notre cas. Etant donnés les effets de l'avortement sur la mère, un pareil acte n'équivaut-il pas à la ruine de deux existences ?

Scanzoni, partisan d'immoler le fœtus en pareil cas, justifie singulièrement sa conduite : pour lui, puisque lors de l'accouchement la mère court de grands dangers et que presque toujours l'enfant périt, il est logique de sacrifier celui-ci à celle-là. Mais le danger n'est tel qu'en l'absence de toute intervention, lors du travail : c'est donc justifier une première faute par une seconde.

Il y a plus : fût-on à l'époque de viabilité, il nous semble qu'on n'a pas encore le droit de faire l'accouchement prématuré, car c'est enlever au fœtus, qui est la seule existence saine, une partie de sa vitalité en raison de la précocité de l'intervention. Nous ne croyons pas davantage que, malgré le conseil de Ernst, l'on doive interrompre la grossesse quand des phénomènes secondaires atteignent la mère, comme des douleurs excessives dues au cancer, la compression des uretères et l'urémie : pour nous, la pratique de Mackensie méritait reproche, quand il fit l'avortement pour obstacle aux fonctions du rectum par corrosion et compression de la paroi antérieure de

cet organe. Dans tous les cas, le principe du respect de la vie fœtale nous semble immuable.

Alfred Goenner rapporte, en janvier 1884, un cas de la clinique gynécologique du professeur Bischoff de Bâle :

El. Bl., 42 ans, entrée le 6 août 1880 ; septipare, accouchement prématuré artificiel dans sa trente-cinquième semaine pour un carcinome du col. Extirpation de la tumeur huit jours après. L'enfant et la mère sortent guéris le 30 août. Depuis, celle-ci est bien portante et a accouché une fois spontanément.

Malgré ce succès, cette méthode n'est pas à conseiller : on cherche à éviter les difficultés de l'accouchement, et la difficulté reste la même qu'au moment du travail. La mère est exposée aux mêmes opérations graves contre la résistance du col et la vitalité du fœtus est moindre pour les subir.

D'autres fois, et celles-ci très rares, le cancer, au lieu de provoquer l'avortement, empêche la dilatation utérine et par là prolonge la grossesse.

Dans le cas de grossesse prolongée, il semble que le fœtus arrivé à terme succombe dans l'utérus et que les contractions expultrices fassent défaut totalement, ou bien cessant spontanément, la tumeur du col s'opposant absolument à l'issue du produit de la conception.

Le Dr Menziès rapporte de ce fait une observation très intéressante que nous transcrirons entièrement.

Observation VII.

Cas de carcinome de l'utérus, dans lequel la grossesse se prolongea jusqu'au dix-septième mois. (Prise dans Chantreuil.)

Vers la fin de février 1852, je fus appelé pour visiter Mistress S..., résidant route de Provanmill. C'était une femme de taille élevée, âgée de 28 ans environ, mariée depuis cinq ans et mère d'un enfant.

Teint jaune, peau brune, yeux noirs. Cette femme s'attendait à accoucher de jour en jour et était persuadée que sa délivrance ne pouvait tarder. Elle se plaignait d'une douleur aiguë à la partie inférieure de la région inguinale gauche, augmentant d'intensité sous l'influence des mouvements de la malade et datant de trois jours.

Cette région était sensible au toucher, mais dépourvue de tout gonflement ; on ne remarquait rien dans l'aspect extérieur de l'abdomen. Anxiété générale ; langue sèche et couverte d'un léger enduit blanchâtre. Pouls à 104. Peau chaude et sèche. Constipation. Sangsues appliquées au niveau du point douloureux, suivies d'un cataplasme térébenthiné. Calomel, cinq grains à l'intérieur. Castoreum et teinture de jusquiame, en onctions sur l'abdomen.

La malade se trouve soulagée les jours suivants et sort bientôt de l'hôpital. Je n'entendis plus parler d'elle jusqu'à la fin de mars, époque à laquelle je reçus avis qu'elle était en travail. Je la trouvai au lit, se plaignant de douleurs intermittentes commençant au centre de l'abdomen et s'étendant au dos et jusqu'à la région hypogastrique. Elles duraient depuis trente heures, mais n'étaient pas fréquentes.

La tumeur utérine était très proéminente, présentait de profil une surface plane très dure au palper (cette dureté augmentait pendant les douleurs) ; elle s'étendait jusqu'à l'épigastre, mais elle m'avait paru un peu descendre depuis mon dernier examen.

L'orifice utérin était complètement fermé. Ses lèvres antérieure et postérieure dures et non influencées par les douleurs.

Le vagin était humide et froid. Anxiété. Pouls fréquent et faible. La langue blanche.

Le travail ne fit aucun progrès et rien ne changea le jour suivant. Persuadé que la femme s'était trompée dans le calcul de la durée de sa grossesse, je lui fis subir un interrogatoire et recueillis les renseignements suivants :

Vers la fin d'avril, au commencement de mai 1851, quoique nourrissant son premier enfant, un gros garçon âgé d'un an, elle eut ses règles, pour la première fois, depuis son accouchement. Un mois après, elle sevra son enfant et ne revit pas ses menstrues.

Pendant la grossesse actuelle, elle n'avait rien remarqué de particulier jusqu'au milieu de février, époque à laquelle les mouvements de l'enfant cessèrent tout à fait ; de plus, la femme éprouva une sensation de poids et de froid dans l'abdomen, et les seins qui étaient auparavant développés et pleins, devinrent petits et flasques. Elle ne se souvenait pas exactement du moment où elle sentit les mouvements du fœtus pour la première fois ; mais ce dont elle est sûre, c'est qu'ils existaient en octobre 1851.

La tumeur abdominale était très proéminente et d'une forme ovoïde parfaitement définie, dure, mais fluctuante ; quand la malade était tranquille, la tumeur se trouvait située exactement sur la ligne médiane, mais susceptible d'être déplacée latéralement. De tous côtés, la percussion donnait un son mat. L'auscultation répétée avec soin, plusieurs jours de suite et à de longs intervalles, me fit découvrir le souffle placentaire et les battements du cœur fœtal. Par le vagin, on sentait l'utérus dur et élastique. On ne sentait pas la tête du fœtus à travers le segment antérieur de l'utérus.

La miction était facile, mais il y avait généralement de la constipation. La défécation s'effectuait avec douleurs et difficulté. Seins flasques, privés de lait. Auréole brune et parsemée de

larges papilles. Les douleurs abdominales et lombaires avaient été très fréquentes et violentes pendant la nuit ; elles continuèrent pendant le jour, sans effet sur la dilatation du col de l'utérus ; mais la partie inférieure de cet organe descendit sous leur influence dans la cavité pelvienne.

Vers le soir, des calmants furent administrés, qui eurent pour résultat de procurer un peu de sommeil pendant la nuit. Le matin, les douleurs commencèrent de nouveau, et comme l'irritation gastrique s'était beaucoup calmée, que les forces de la malade étaient revenues, je résolus de lui donner de petites doses de tartre stibié, dans le but de produire le relâchement des voies génitales ; des fomentations émollientes furent faites dans le même but sur les parties.

Cette médication produisit une détente générale, mais n'eut pas d'effet sur l'orifice du col. Pendant la nuit suivante, il y eut peu de changement. Le soir du jour suivant, le quatrième de mon attente, la malade était tellement épuisée que je dus avoir recours de nouveau aux remèdes anodins. L'état général s'améliora encore, les douleurs, d'abord énergiques, devinrent de plus en plus faibles ; je résolus d'attendre une nouvelle reprise du travail.

Depuis cette époque jusqu'à la fin d'avril, l'état d'irritation locale et générale se calma ; mais dans la dernière partie de ce mois, les douleurs devinrent de nouveau plus actives et s'accompagnèrent d'une sensibilité plus vive à la pression.

L'utérus descendit davantage dans l'excavation pelvienne, mais l'examen du col me convainquit que celui-ci possédait une égale, sinon une plus grande somme de dureté et de résistance. L'orifice externe était ouvert et permettait l'introduction du doigt jusqu'à un tiers de pouce. Une sonde de femme fut introduite dans la cavité utérine, sans rompre les membranes ; cette petite opération détermina l'écoulement de quelques gouttes de sang. Je me déterminai alors à favoriser la dilatation du col avec la *tente-éponge* ; dans ce but, j'en introduisis une très courte à une petite profondeur, le jour suivant. Environ six heures après son

application, il y avait un écoulement subit de 12 onces de sang ; le toucher me fit constater l'existence d'une masse aplatie, mais bosselée, avec des nodosités d'une densité semi-cartilagineuse adhérente à la lèvre antérieure du col utérin. Je craignis qu'il ne s'agit d'un placenta très dense, par le fait de quelques productions morbides développées dans son tissu. Le vagin fut tamponné ; des compresses froides appliquées sur la vulve. L'écoulement sanguin cessa bientôt, mais les douleurs continuèrent à se manifester énergiquement pendant deux jours, sans produire la dilatation de l'orifice.

Je fis alors appeler le Dr James Patterson, professeur de gynécologie à l'université d'Anderson. Cet illustre médecin fut d'avis que la petite masse, qui partait de la lèvre antérieure, était une production étrangère, naissant du col, et non un placenta malade. La patiente, qui était d'un teint pâle et d'une grande faiblesse générale, était probablement atteinte d'une tumeur maligne. Le fœtus était évidemment mort.

Nous convînmes d'attendre jusqu'à ce qu'un danger immédiat se manifestât, et je me contentai de soutenir les forces de la malade avec des aliments réparateurs et des remèdes anodins appropriés.

Environ une semaine après, un examen attentif me convainquit que le col de l'utérus n'était pas complètement oblitéré ; qu'il existait à la partie inférieure une portion de la cavité cervicale dans laquelle le doigt pouvait pénétrer ; ce que j'avais pris pour un placenta malade n'était autre chose que la lèvre antérieure de l'orifice interne épaissie, indurée, bosselée, avec un dépôt interstitiel de tissu morbide. Il n'y avait pas d'écoulement vaginal fétide et je ne sentis rien de semblable à une surface ulcérée. Pas d'examen au spéculum.

La malade maigrissait, perdait ses forces. Elle avait souvent une grande sensibilité de la région épigastrique et des autres régions de l'abdomen, qui était généralement calmée par des sinapismes et des préparations térébenthinées. A cette époque, l'action utérine persistait dans une grande mesure. Pendant les

six derniers mois, elle croissait à intervalles irréguliers, mais n'atteignait pas la force qu'elle avait possédée précédemment. Les douleurs se montraient chaque jour, devenaient plus violentes vers le soir et forçaient souvent la patiente à prendre, pour se reposer la nuit, des doses de morphine et de conicine ; elles changèrent graduellement de caractère ; des douleurs lancinantes partaient de l'hypogastre et s'irradiaient vers le sacrum ; d'autres suivaient le trajet des nerfs crural et sciatique.

Deux mois avant la terminaison, la malade se plaignait d'une sensation persistante de faiblesse, de chaleur, de douleur, ayant son siège dans les reins et qui rendait impossible la station verticale prolongée. La tumeur utérine s'était éloignée graduellement de la région épigastrique en devenant plus dure, moins volumineuse et moins fluctuante. Sa résistance était inégale, les membres du fœtus plus facilement perceptibles à travers les parois utérines. La matrice continua à descendre lentement dans la cavité pelvienne, jusqu'à ce que le col fût à une distance d'un pouce du périnée. Un peu de difficulté dans la miction. Défécation longue, difficile et douloureuse.

Les seins, qui avaient été flasques et privés de lait, devinrent dans le mois de juin plus développés, et la sécrétion du lait fut si abondante que le linge de la femme était toujours mouillé par le liquide.

Le 3 novembre, je recevais une lettre qui me mandait de nouveau près de la malade. Comme j'étais indisposé, mon ami le Dr Gill me remplaça, et constata les symptômes d'une péritonite suraiguë ; douleurs vives dans la partie supérieure de l'abdomen, soif et envie de vomir, constipation, fréquence du pouls, peau chaude et sèche. Ces symptômes furent dissipés par les sangsues, les cataplasmes térébenthinés et les onctions mercurielles. Mais ils se manifestèrent de nouveau, le 17 de ce même mois, et déterminèrent la mort.

Pendant l'attaque de péritonite, le Dr Patterson avait vu la malade avec le Dr Gill et avait constaté que la sonde ne pouvait re introduite à plus d'un pouce et demi dans le col. Considé-

rant l'état de la femme comme désespéré, il jugea inutile une intervention quelconque.

A l'autopsie, le corps était émacié. En incisant la paroi abdominale, on fit échapper une quantité considérable de gaz, et en outre 8 onces de sérum mélangé avec des flocons de lymphe, qui se trouvait dans la cavité péritonéale ; le péritoine était fortement congestionné.

L'inflammation s'étendait à la totalité du péritoine, mais était surtout marquée au niveau du fond de l'utérus. Une incision de la paroi antérieure de cet organe donna issue à une petite quantité de gaz fétide et découvrit la tête et les épaules du fœtus, le siège étant contenu dans la partie inférieure. L'enfant était étroitement embrassé par les parois utérines; le liquide amniotique avait été tellement résorbé que le fœtus était en relation directe avec elles.

Le vertex avait été tellement aplati par l'action des fibres musculaires de l'organe, qu'il revêtait une forme cuboïde dans la totalité du crâne. Le fœtus, mâle, bien conformé, paraissait arrivé à terme, les cheveux et les ongles étaient bien formés ; il n'avait subi aucune décomposition.

La peau était d'une couleur normale, quand elle eut été débarrassée de la matière sébacée et des débris de liquide amniotique dont elle était recouverte. Le cordon ombilical paraissait avoir été sain, quoiqu'il eût revêtu la teinte verte d'un commencement de putréfaction.

Le placenta, qui avait été aisément détaché du fond de l'utérus, était fortement injecté et d'une densité plus grande que d'ordinaire. Il ne contenait pas de caillots, avait une forme circulaire, était limité par un bord abrupt et privé de ses membranes, comme s'il avait été disséqué avec le scalpel. On trouva dans la cavité utérine 10 onces d'un liquide jaune brun sale, horriblement fétide.

La surface interne de l'utérus présentait une muqueuse très ramollie ; ses capillaires et ses veines étaient remplis d'un sang noir.

L'orifice utérin admettait à peine une plume d'oie, et se trouvait rempli par une matière épaisse et molle qui empêchait l'écoulement du liquide de sa cavité.

La circonférence de cet orifice interne consistait dans un anneau remarquablement ferme et résistant, aussi dur que du cartilage, plus épais dans sa moitié antérieure que dans sa moitié postérieure. Le même tissu morbide envahissait la partie inférieure du col de l'utérus, diminuant d'épaisseur à mesure qu'il était éloigné des régions plus élevées. Dans les parties voisines du col, les fibres musculaires étaient tellement atrophiées qu'elles étaient difficilement appréciables.

Dans la partie moyenne du corps, elles étaient plus évidentes. Au niveau du fond de l'utérus, elles étaient très abondantes et lui communiquaient une teinte sombre. Sous l'influence d'une forte pression, un segment de tissu dense laissa écouler une petite quantité de liquide opalescent, dans lequel l'examen microscopique démontra la présence d'une certaine quantité de matière granuleuse et de quelques cellules nucléées de formes irrégulières ; quelques-unes avaient une forme sphérique, les autres étaient étoilées ou fusiformes.

Cette observation, que nous avons tenu à reproduire en propres termes, prouve, par le fait même, la possibilité de ces prolongations de la grossesse, qui a été niée par la plupart des accoucheurs.

Il est un deuxième fait, rapporté également par le Dr Menziès, dans lequel le fœtus aurait été expulsé d'un utérus cancéreux, en fragments, dans les trois mois qui suivaient le terme.

Dans la première observation, la prolongation de la grossesse peut être attribuée tout à la fois à la résistance invincible qu'opposait à une dilatation suffisante le col infiltré de produits cancéreux, et aussi à l'atrophie des

fibres musculaires de l'organe, causée par la cachexie cancéreuse et l'envahissement du néoplasme.

Lorsque la lèvre antérieure du col est seule envahie par le squirrhe ou l'épithéliome, la lèvre postérieure peut se dilater suffisamment pour livrer passage à l'enfant; d'autre part, nous avons vu que l'envahissement total du col ou du segment inférieur de l'utérus par les produits concéreux, le squirrhe principalement, formaient un obstacle infranchissable, dont on ne pouvait triompher qu'à l'aide d'incisions multiples, ou même de l'ablation de la tumeur, en totalité ou en partie, opérations auxquelles le chirurgien peut être obligé d'avoir recours au moment de l'accouchement.

Il est un autre accident qui peut survenir dès le début du travail, c'est la mort de la mère, dont l'orifice interne de l'utérus n'est pas dilatable ; elle succombe alors épuisée par les premières contractions et par l'affaiblissement général de la cachexie cancéreuse.

En résumé, il y a danger de mort pour l'enfant par le fait du travail qui est prolongé au delà des limites physiologiques. Quant à la mère, il y a danger de l'épuisement et des ruptures du col de l'utérus devenu inextensible, ruptures suivies d'hémorrhagies parfois formidables.

Des excroissances épithéliomateuses (citées par Nœgelé et Greuser) ont été écrasées au passage de la tête de l'enfant, donnant lieu à des hémorrhagies pouvant entraîner la mort.

Un autre accident fort grave, mais heureusement très rare, peut survenir spontanément : c'est la rupture de

la paroi utérine, c'est lorsque cette paroi malade comprime son contenu peu compressible lui-même; si elle ne cède pas, elle se rompt.

Chantreuil cite six observations de ruptures du tissu utérin. :

1° Observation de Simon (mélange des curieux de la nature, 1671);

2° Observation de Knoblochius (Sepulchretum de Bonnet);

3° Observation de Fabrice de Hilden (Opéra, 1682, obs. LXVII);

4° Observation de Churchill (Diseases of women, p. 395);

5° Observation Simpson (Obstetric memoirs);

6° Observation de Henry Oldham (Journal of medicin. London, 1851).

ACCOUCHEMENT SPONTANÉ POSSIBLE AVEC UN COL ATTEINT DE CANCER.

Je me rappelle, raconte West dans son Traité des maladies des femmes, qu'au moment où j'étudiais la médecine à Paris, on reçut à une phase avancée de la grossesse une femme qui avait un cancer étendu de la matrice. Le professeur Dubois en fit le sujet de sa clinique, et parla de la nécessité presque certaine d'inciser le col utérin au moment du travail. Cependant, contrairement à toute attente, l'orifice se dilata très vite et assez largement pour permettre le passage de l'enfant, et le travail ne dura que quelques heures.

Il continue : J'ai moi-même observé pareille chose dans un autre cas : une partie relativement peu étendue du segment de la matrice qui n'avait pas été envahi par le cancer se dilata plus qu'on aurait pu le soupçonner, et en dépit de la résistance du col, permit à l'enfant de sortir.

Mais, se hâte-t-il d'ajouter, du moment que le travail est assez avancé pour ne laisser aucun doute sur la nécessité d'agir et pour indiquer la direction et l'étendue qu'il faut donner aux incisions, agissez, un retard plus prolongé pourrait augmenter les dangers du malade sans être compensé par aucun avantage.

INFLUENCE DE LA GROSSESSE ET DE L'ACCOUCHEMENT SUR LA PRODUCTION ET LA MARCHE DU CANCER DE L'UTÉRUS.

C'est plutôt l'excès de fécondité que la stérilité qui est le point de départ du cancer. La grossesse et l'accouchement, dit Courtys, sont sans contredit les circonstances les plus favorables au développement des maladies utérines ; elles agissent à la fois comme causes prédisposantes par les modifications profondes qu'elles impriment à la structure de l'organe, et comme causes déterminantes, par le traumatisme qu'elles lui font subir.

Aran évalue aux deux tiers environ le nombre des affections utéro-ovariques venant après la grossesse ; à un quart seulement celles n'ayant pas de rapport avec la parturition, et à un dixième celles survenant chez les

femmes vierges ou n'ayant pas eu d'enfants. L'époque de la plus grande fréquence du cancer utérin est pendant la vie sexuelle.

Ch. West a trouvé, sur 150 cas, 3 cas chez des femmes non mariées, 13 cas chez des femmes stériles, et le reste chez des femmes ayant eu plus ou moins d'enfants.

Henocque dit que l'activité fonctionnelle prédispose au cancer, et que l'époque de la gestation est surtout celle où l'utérus manifeste le plus son activité.

Le nombre des enfants a aussi son importance, constatée par les statistiques suivantes.

Lebert : Dans les deux tiers des cas de cancer utérin, les femmes avaient eu un, deux, trois, quatre enfants : moyenne, 3,94.

Lever : Chez 103 femmes, 596 enfants, soit : 5,8.

Scanzoni, Dans son Traité pratique des maladies des organes sexuels de la femme, sur 72 femmes :

6	avaient	accouché	11	fois.
3	id.	id.	10	—
2	id.	id.	9	—
14	id.	id.	8	—
13	id.	id.	7	—
21	id.	id.	6	—
10	id.	id.	5	—
3	id.	id.	4	—

ce qui donne une moyenne de 7,15 enfants par femme.

Becquerel compte, sur 26 femmes : 2 n'ayant pas eu d'enfants, 2 qui en avaient eu 9 chacune, les autres en avaient eu de 3 à 8.

Siley : sur 100 femmes, 86 avaient eu des enfants, et 14 n'avaient eu ni grossesse ni fausse couche.

West : sur 160 femmes atteintes de cancer, compte 1,046 grossesses : en moyenne, 6,23.

La grossesse est donc une cause favorable à la production du cancer chez les multipares.

L'influence des grossesses répétées sur son apparition est incontestable, puisque sur 811 cas de Schrœder (Kasuistik Hofmeir), 76 femmes avaient eu plus de 10 enfants, et que, dans les statistiques très étendues de Courty et d'Aran, on obtient la moyenne de 7 enfants par femme.

Il est fréquent de voir apparaître le cancer, pour la première fois, pendant la gestation, surexcité par la grossesse elle-même. En effet, d'après Cornil (Manuel d'histologie pathologique) , pour expliquer l'apparition du cancer dans un organe, il faut accorder moins d'importance à l'irritation (Virchow) qu'aux modifications fréquentes de texture et à l'activité fonctionnelle de l'organe, qui est inséparable de la genèse des développements anatomiques. Or, nulle part dans l'économie ces conditions ne se trouvent réunies au même degré que dans l'utérus gravide.

Dans 6 cas de Goenner et 5 de Benicke, les premiers symptômes du néoplasme apparurent pour la première fois pendant la gestation ; et la dégénérescence était déjà si avancée à l'accouchement que, dans l'un des cas de Benicke, il ne pouvait plus être question d'une opération radicale. Cette accélération dans l'évolution cancéreuse s'explique par les modifications considérables du

tissu utérin auxquelles participe forcément la tumeur, savoir : l'hypertrophie et l'hyperplasie des fibres utérines et des moindres cellules de l'organe, produisant l'addition d'une grande quantité d'éléments nouveaux, et développement excessif des réseaux lymphatiques artériels et veineux.

Il est également fréquent de voir le cancer faire suite à la délivrance. Après un accouchement ou un avortement, la tumeur prend une marche rapidement mortelle et la cachexie est prompte.

Dans ces conditions, il y a des cancers qui évoluent en trois mois, et Ch. West dit qu'il n'a observé ces cas très rares que chez des jeunes femmes, peu de temps après la fausse couche et la parturition. Benicke dit aussi : « Certaines considérations démontrent, et nos observations confirment cette vérité, que, pendant la grossesse, le cancer fait des progrès rapides.

Quand le cancer est tout à fait au début, la marche est quelquefois moins prompte, la femme peut redevenir enceinte, accoucher de nouveau, mais cette fois la dégénérescence atteint son stade ultime et la femme succombe.

D'après Cazeaux, la pression et le froissement que subit la tumeur dans l'acte même de la parturition lui feraient faire de rapides progrès : il faut aussi tenir compte des déchirements que subit le col pendant le travail.

Les calculs statistiques de Cohnstein l'ont conduit aux résultats suivants :

1° Dans certains cas exceptionnels, le cancer reste stationnaire pendant la grossesse ;

2° Quand il s'est développé seulement pendant la gestation, il affecte une marche plus ou moins rapide ;

3° Quand il préexiste à la conception, il se trouve modifié d'une façon sensible : exacerbation, aucune aggravation notable, temps d'arrêt, les hémorrhagies et les phénomènes douloureux sont diminués et l'état général est amélioré.

Ces conclusions semblent en opposition avec la marche ordinaire des cancers, et Cohnstein aurait été plus près de la vérité en se ralliant à cette loi : « que la grossesse en général accélère et aggrave toujours le cancer avec tout le syndrome qui en dépend, mais que cette influence est soumise à des variations suivant les caractères de malignité de la tumeur. »

Ruttledge émit l'opinion que, dans tous les cas où la la cessation de l'accroissement a été observée, il s'est agi de formes fibreuses, pauvres en vaisseaux, dont la consistance et le réseau vasculaire ont échappé à l'influence de la métamorphose gravide du voisinage, au lieu que dans les cas de masses papillomateuses leur multiplication a été accélérée par la grossesse. Cohnstein arrive même à dire qu'il est rare que pendant la grossesse le cancer s'étende au corps de l'utérus, à la vessie et au vagin. Nous signalerons en passant Siebold, qui va plus loin encore, en citant un cas de guérison du cancer par la grossesse : évidemment, il a dû y avoir là une erreur de diagnostic, et il s'est trouvé en présence soit d'une

hypertrophie simple du col, soit d'un myôme, enfin d'une néoplasie non hétérologue, la seule qui puisse disparaître après la grossesse.

L'avortement spontané n'est pas très rare dans l'utérus gravide, et plus le cancer s'étend vers le corps, plus il menace de se produire. Les causes sont variables et surtout d'ordre mécanique : à l'exception des cas de cachexie et d'anémie qui influencent la circulation utérine par la méthrorrhagie, se sont les brides dues aux poussées de métro-péritonite, et la rigidité de la portion dégénérée du segment inférieur, qui agissent le plus ordinairement en empêchant la croissance parallèle de l'œuf et de l'utérus. Selon Jacquemier, malgré le travail d'irritation du col, la grossesse va souvent à terme avant l'avortement, ne se produit que si la cachexie est très prononcée et que le cancer a cessé d'être limité au col.

En prenant la moyenne des statistiques de Cohnstein, de West et de Lewer, à Guy's Hospital, on obtient la proportion de 25,70; c'est le quart, pour l'avortement spontané. Il est toujours dangereux pour la mère, et se présente avec un symptôme particulièrement grave, l'hémorrhagie foudroyante dans quarante pour cent des cas observés.

La série des dangers propres à l'accouchement se retrouve dans l'avortement : c'est ainsi que comme le cas de Littré, cité plus haut, la dilatation peut ne pas se faire et la femme n'accouche pas. Dans le cas où la poche des eaux est rompue au début du travail et que la délivrance n'a pu être complètement faite, la femme est ex-

posée au groupe des affections puerpérales pour rétention de membrane.

L'observation suivante, due à M. Hermil, s'oppose, elle aussi, aux conclusions de Cohnstein et est un exemple de l'accélération que peut imprimer la grossesse à la rapidité de la marche du cancer du col utérin.

Observation VIII.

(Observation résumée de Hermil).

Cas de cancer volumineux de la lèvre antérieure du col. Accoucouchement par le forceps. Accélération donnée par la grossesse à l'affection carcinomateuse.

Mme B.., âgée de 41 ans, entre le 3 mars 1878 à Cochin, dans le service de M. Lucas-Championnière. Elle en est à sa dixième grossesse. Ses dernières règles ont eu lieu vers le 20 ou le 25 juin 1877. Elle fait remonter le début de son affection cancéreuse au mois de décembre 1877.

L'examen pratiqué le 3 mars permet de constater que les contractions utérines reviennent toutes les trois minutes environ. Au toucher le doigt est arrêté par des fongosités cancéreuses volumineuses, sur la lèvre antérieure du col et occupant une grande partie du petit bassin. Il s'écoule de la sérosité sanguinolente roussâtre et d'odeur caractéristique. L'accouchement a lieu, la tête s'engage malgré la tumeur, la dilatation se fait aux dépens de la lèvre postérieure ; la masse cancéreuse se trouve comprimée entre la tête fœtale et la symphyse pubienne. Il y avait lieu d'intervenir : la poche des eaux était rompue depuis la veille : les battements du cœur étaient irréguliers et très faibles; on fit une application oblique au moyen de tractions énergiques, la tête put franchir la vulve. L'enfant était vivant, mais le 16 mars il mourut des suites de l'application du forceps. Près d'un mois après, on trouve au toucher que la masse cancéreuse, qui

avait fait des progrès pendant la grossesse, a encore accru de volume, qu'elle est saignante, et occupe la partie antérieure du segment inférieur de l'utérus, la malade sort.

Les modifications qui surviennent dans l'utérus pendant la grossesse doivent nécessairement influer sur la marche de l'affection cancéreuse. Cette influence doit être défavorable. Comment comprendre qu'il en soit autrement avec cette activité nouvelle de la circulation et avec le développement des autres modifications.

On a rarement l'occasion de suivre tous les changements qui surviennent dans le col malade depuis la début de la grossesse jusqu'à sa terminaison.

Mais l'aggravation de la maladie d'une façon générale nous paraît incontestable.

Dans l'année 1843, il se présenta à Westerlyng Hospital, un cas de d'ulcère rongeant, qui avait sans doute commencé pendant la grossesse, mais qui ne fut découvert qu'après l'accouchement.

Observation IX (de Churchill).

Mistress Th..., âgée de 40 ans, entra à l'hôpital le 1er avril 1843, étant en travail de son huitième enfant. Elle raconta qu'elle avait des douleurs depuis plus de 24 heures. Au moment de son entrée les douleurs étaient très intenses et expulsives. A l'examen je trouvai que le col était presque entièrement détruit par une ulcération irrégulière qui avait gagné plus profondément la substance de l'utérus à la partie postérieure.

Les parties étaient très peu épaisses, il n'y avait pas d'induration anormale, pas d'engorgement dans le bassin, l'écoulement était abondant et très fétide. Elle raconta que, depuis au moins cinq mois, elle avait eu un écoulement accompagné de douleurs

aiguës, la tête de l'enfant pressant sur l'orifice utérin, mais les douleurs ne semblaient produire aucune dilatation ; l'extérieur de la malade était celui d'une personne atteinte d'une affection organique. Cette situation resta la même jusqu'à huit heures du soir. A ce moment il y eut consultation pour savoir s'il était à propos d'intervenir, mais avant que rien fût décidé quelques violentes douleurs firent sortir l'enfant, qui était entièrement putréfié.

Le placenta fut immédiatement expulsé. La femme parut entièrement soulagée, elle n'eut ni crampe, ni syncope. Le pouls était ce qu'il était dans le commencement, rapide mais ferme. Pendant quelques jours la femme sembla aller mieux ; le pouls battait à peu près 130, mais il restait ferme ; l'écoulement était d'une fétidité insuportable, l'abdomen légèrement douloureux, mais non tuméfié. Il y avait de la soif, la langue était chargée.

Le quatrième jour de l'accouchement le pouls devint rapide et faible, l'abdomen se tuméfia, devint douloureux, la peau était visqueuse et terne, la face anxieuse : enfin, il était évident que la femme s'affaissait ; elle mourut le 6 juin.

A l'autopsie, 24 heures après la mort : Emaciation considérable, ventre tuméfié et tympanique. A l'ouverture de la cavité péritonéale on trouve un épanchement modéré de sérosité jaunâtre. Les intestins et l'épiploon étaient surtout recouverts de lymphe et collés entre eux par cette même lymphe. La membrane séreuse était injectée sur beaucoup de points : l'utérus avait les dimensions qu'on trouve ordinairement trente-cinq jours après l'accouchement. Sur le côté gauche, dans l'épaisseur du ligament large, on voyait quelques caillots de sang et aussi une petite quantité de sang dans la cavité pelvienne. En arrière, à la réunion du col et du corps de l'utérus, il y avait une fente d'à peu près un pouce de long, correspondant à la partie qui avait été profondément entamée par l'ulcération. La substance du corps de l'utérus était parfaitement saine, le col était presque entièrement détruit par l'ulcération ; mais sur aucun point il n'y avait de tissu hétérologue.

Simpson, dans ses Obstetrick mémoire, cite plusieurs cas dans lesquels la femme mourut sans être accouchée, peu de temps après que le travail fut déclaré, par déchirure des parois du corps ou du fond de l'utérus.

INFLUENCE DU CANCER UTÉRIN SUR LE TRAVAIL.

Cette influence est non moins funeste au travail qu'au cours de la grossesse. Les obstacles qu'il crée sont surtout mécaniques, et d'autant plus graves que la tumeur occupe une plus grande partie du col et du corps de l'utérus. En effet, toute portion dégénérée devient rigide et immuable, mais aussi friable et facile à déchirer, de sorte que si elle cède, c'est qu'elle s'est rompue.

L'envahissement étant asymétrique, la répartition des forces expulsives sera inégale et les contractions irrégulières ; de là, un accouchement troublé et parfois une présentation vicieuse.

Deux cas peuvent se présenter : 1° une seule lèvre est prise, l'antérieure ou la postérieure ; 2° la dilatation peut encore se faire aux dépens de la lèvre saine.

Si la lèvre dégénérée prenait part aux contractions il y aurait déchirure.

La dilatation traîne en longueur, la mère peut s'épuiser, le fœtus souffre ; néanmoins on considère généralement le travail spontané comme encore possible.

On a dit que l'accouchement était plus facile quand la lèvre antérieure était envahie, cependant la lèvre postérieure a été prise et l'accouchement put se fair spontanément. Mais plus la tumeur s'étendra à tout le col et

plus le travail sera difficile et languissant, et le pronostic de la mère et de l'enfant sera en rapport avec l'envahissement.

L'enfant pourra mourir de bonne heure par la lenteur du travail où la rupture prématurée des membranes.

D'autres fois, on se trouve en présence d'une tumeur cancéreuse, volumineuse, en chou-fleur, de la lèvre postérieure, et qui néanmoins permet l'accouchement spontané, comme dans le cas que Cazeaux, rapporte dans son Traité d'accouchement et que nous relatons ci-après.

Observation X.

Tumeur cancéreuse volumineuse de la lèvre postérieure du col, ayant permis un accouchement lent mais naturel.

(Prise dans Cazeaux.)

Une femme âgée de 45 ans, ayant eu déjà plusieurs enfants, entra à la clinique au commencement du dernier mois de sa grossesse. En la touchant, on s'aperçut que la paroi postérieure du col s'étendait jusqu'à un travers de doigt de la vulve. La lèvre postérieur avait au moins deux centimètres d'épaisseur dans son étendue tnansversale qui était aussi plus considérable qu'à l'ordinaire.

Elle avait contracté des adhérences par sa face postérieure avec le vagin.

La tumeur offrait la même épaisseur dans toute son étendue. Sa surface antérieure était inégale, bosselée et ces inégalités et bosselures existaient aussi sur la lèvre postérieure du col. La surface postérieure adhérait ou plutôt était confondue avec la cloison vagino-rectale.

Cette femme étant à son terme, le travail commença. La dilatation fut très lente, mais elle finit pas s'opérer complètement.

aux dépens de la lèvre antérieure. La tumeur dont le volume paraissait devoir offrir un obstacle insurmontable au passage de la tête rendit seulement plus lente la seconde partie du travail : repoussée par la tête du fœtus, elle devint presque transversale et formant une sorte de croissant, dont la convexité était inférieure, et la concavité dirigée en haut arrêtait la tête. Enfin, sous l'influence de contractions violentes, la tête repoussa la tumeur en arrière en déprimant fortement le périnée, passa au devant d'elle, et franchit bientôt l'orifice vulvaire.

Rappelons l'observation de M. Hermil, que nous avons citée plus haut, où malgré un cancer volumineux de la lèvre antérieure, l'accouchement se fit, mais avec le forceps.

2° Le cancer dépasse la portion vaginale et gagne la portion sus-vaginale et même le corps; alors il ne faut plus compter sur l'accouchement spontané, et toute expectoration est inutile et même dangereuse. Le segment inférieur en qui se concentre toute la résistance reste rigide et ne se dilate pas.

Dans un cas de Frommel, malgre un travail de six jours, l'orifice admettait à peine deux doigts.

Dans ces circonstances, de deux choses l'une, ou le col cède en se déchirant, ou le col résiste aux contractions qui vont en s'affaiblissant ou même cessent tout à fait.

Dans le premier cas, l'engagement se fait, les deux lèvres de la plaie s'écartent et la fissure se prolonge dans toute la hauteur de la portion dégénérée, la dépassant même parfois à travers les tissus sains de l'utérus. Dans cette rupture utérine, la mère succombe rapidement et

plus rapidement meurt l'enfant que l'opération césarienne n'a même pas le temps de sauver.

L'enfant peut aussi pénétrer dans la cavité abdominale et l'existence de la mère et de l'enfant est immédiatement sacrifiée.

Scanzoni rapporte un cas de déchirure utérine où une hémorrhagie foudroyante, qu'on ne put par aucun moyen arrêter, tua la mère, même avant l'enfant.

Dans le deuxième cas, nous l'avons dit, le col continuera à résister, ou bien les contractions s'affaiblisssent ou disparaissent. Alors, si les membranes sont rompues, elles ouvrent la porte aux germes d'infection, le fœtus meurt, se putréfie, et la femme peut mourir de septicémie, si le cadavre n'est pas expulsé par fragments, comme dans la deuxième observation de Menziès, résultat qui ne fut obtenu qu'au bout de trois mois. Si l'épuisement de la femme n'est pas fatal, peu à peu les douleurs se calment, puis reprennent, et on a un nouveau travail, dit travail à répétition.

Ces accidents surviennent surtout chez les femmes épuisées par la cachexie. On trouve dans Glascow medical Journal, July 1853, un cas non moins intéressant, en voici le résumé :

La grossesse s'étendait de fin avril au commencement de février. En février, première tentative de travail, le col ne se modifie en rien, l'orifice est normal et les lèvres très résistantes. La femme sent son enfant se débattre, puis perçoit une sensation spéciale de pesanteur abdominale et d'autres symptômes indiquant la mort de celui-ci. Jusque-là il n'y avait eu ni douleurs antérieures,

ni métrorrhagie; l'accouchement au début promettait d'être normal, rien n'annonçait la présence du cancer auquel on ne songea que fort tard.

Le travail cesse donc, il recommence à la fin de mars; puis, nouvelle pause. Il y a une hémorrhagie, on peut en ce moment passer un doigt dans le col; on sent le bord de l'orifice interne épaissi et induré; on soupçonne un cancer. Pendant cinq mois les douleurs se répètent tous les jours à différents intervalles, sans qu'il n'y ait ni écoulement ni odeur spéciale. Une péritonite subaiguë emporte la malade le 3 novembre ; le travail avait duré 8 mois.

A l'autopsie : fœtus macéré; à l'orifice interne, anneau dur comme du cartilage, résistant au bistouri. Ce tissu s'étend dans le quart inférieur de l'organe en diminuant graduellement d'épaisseur. Le microscope confirme le diagnostic.

Ce qui frappe dans cette observation, c'est l'identité de ces lésions avec celles du cas de Menziès. On peut donc en conclure que c'est le squirrhe, plutôt que les autres formes plus molles de cancer, qui cause l'accouchement retardé, les autres formes causeraient surtout les ruptures utérines.

Ces squirrhes, comme on le voit dans les deux observations précédentes, n'ont été diagnostiqués qu'à une période déjà avancée du travail; on croit d'abord à une simple rigidité de l'orifice du col et à l'induration des tissus voisins, le cancer ne s'étant révélé jusque-là par aucun symptôme.

INDICATIONS DE L'INTERVENTION DANS LE CANCER DU COL COEXISTANT AVEC LA GROSSESSE.

Une femme enceinte se présente à nous, se plaignant d'être affaiblie par des hémorrhagies fréquentes, dans l'intervalle desquelles elle a des pertes abondantes d'une extrême fétidité ; en même temps, elle ressent des douleurs vives dans les régions pelvienne et lombaire. Nous procédons à un examen au spéculum qui confirme la coexistence du cancer et de la grossesse. Que devons-nous faire ? Devrons-nous intervenir immédiatement aussitôt cette coexistence constatée, ou bien attendre le moment de l'accouchement ? Devrons-nous nous borner au contraire à l'expectation, et laisser la malade exposée aux accidents de l'affection cancéreuse qui retentisssent si pernicieusement sur la grossesse, et traverser la crise de l'accouchement?

Cet accouchement sera-t-il même possible ?

L'accouchement, selon la définition de Nœgelé et Grenser, dans leur Traité pratique de l'art des accouchements, est cette fonction physiologique par laquelle le produit de la conception est expulsé du sein de la mère à travers les voies naturelles, par les forces de la nature, dites forces expulsives, consistant dans des contractions simultanées de l'utérus, des muscles abdominaux et du diaphragme.

Elles sont longues à entrer en jeu et à agir, car les voies ne sont pas libres, il y a des résistances physiologiques qui paralysent pour un temps leur action. Ces résistances sont le fœtus et ses annexes, et les voies qu'il doit

franchir, c'est-à-dire le col utérin et le canal vulvo-vaginal.

Déjà, pendant le cours de la grossesse, les voies génitales ont perdu une partie de leurs caractères physiques; elles ont acquis un degré de mollesse qu'elles n'avaient pas à l'état normal, se préparant ainsi à la fonction passagère qu'elles auront à remplir. Cependant il s'en faut de beaucoup que ce travail ait acquis, lors de l'accouchement, un degré suffisant pour aplanir les difficultés de l'acte physiologique qui doit se produire, et lorsque les forces expulsives sont en jeu, tout n'est pas terminé, les résistances sont encore considérables; mais quand l'intégrité des parties que le fœtus doit franchir existe, la nature a tout combiné d'avance pour abréger la lutte, et ménager l'expulsion fœtale. C'est dans ce but que les contractions ne sont pas continues, mais se font par intervalles, pendant lesquels la mère se repose et la contraction suivante se prépare. Puis pour ménager encore l'effort de la parturiente et produire le plus de travail utile possible, l'utérus ne se contracte pas au même degré dans toute son étendue, c'est surtout au niveau de son fond plus immédiatement en rapport avec le col par l'intermédiaire du fœtus et de ses annexes.

Dans la première période du travail, celle des douleurs préparantes, le col s'efface, s'entr'ouvre peu à peu, et lorsque sa dilatation est complète, la tête aidée des contractions utérines peut franchir l'orifice, suivre les voies génitales et être expulsée normalement.

Cet effacement du col et sa dilatation pendant la première période, dite de préparation, s'opèrent par la con-

traction de ses fibres musculaires qui se contractent cependant moins que celles du corps, mais dont le rôle est certainement actif.

Pour Nægelé la dilatation du col est produite par la différence de la contraction du corps et celle du col, dont les fibres sont moins développées. Il n'y a donc pas une simple action en coin exercée par le fœtus pressé en tous sens, sauf dans la région du col; celui-ci, par ses contractions qui produisent son effacement, puis sa dilatation, aide puissamment à l'expulsion finale.

Si, au contraire, une lésion quelconque altère sa forme, son ampleur, sa souplesse, son extensibilité et sa contractilité, on conçoit quelles pourront en être les conséquences.

Or les tissus cancéreux ne sont plus extensibles, ni dilatables, d'où irrrégularité dans les contractions, si tout le col et le segment inférieur ne sont pas pris en totalité, et prolongement et même arrêt complet du travail, s'il y a envahissement total. Cas de grossesse prolongée du Dr Menziès (cité plus bas) dans laquelle la femme mourut au dix-septième mois, sans être délivrée.

A l'autopsie, on trouva, au niveau du col, un anneau résistant, de consistance cartilagineuse, probablement un squirrhe. Dans le deuxième cas de Menziès, l'expulsion totale du fœtus n'eut lieu que par fragments, pendant le troisième mois. Gallard (Leçons cliniques sur les maladies des femmes 1873), et trois cas analogues.

Dans certains cas, le travail s'arrête définitivement la femme est épuisée. Valenta (congrès de Hambourg,

cas déjà cité) rapporte l'observation d'une femme pour laquelle, l'enfant étant mort, on dut pratiquer la craniotomie.

Chantreuil rapporte certaines formes de travail à *répétition* qui épuisent la mère et sont dangereuses pour l'enfant.

Dans une statistique de Cohnstein portant sur 134 observations on trouve 2 cas d'accouchements retardés à dix mois et dix mois et demi et 68 cas à terme.

Si nous attendons trop longtemps l'expulsion du fœtus nous avons à craindre, chez les femmes atteintes de cancer utérin, des hémorrhagies, aussi funestes à l'enfant qu'à la mère, les métrites, les ruptures de la matrice vers la fin de la grossesse, et surtout l'épuisement général qui ne permettra pas à la femme d'accoucher faute de forces suffisantes. La vie de l'enfant est également compromise par la durée de l'accouchement et les manœuvres que, dans la plupart des cas, il nécessitera.

L'accouchement peut, il est vrai, mais dans certains cas exceptionnels, se faire spontanément, par exemple, lorsqu'au moment de l'accouchement le cancer n'est qu'à son début et encore peu volumineux, et n'ayant pas de trop fâcheux retentissement sur l'organisme de la mère.

Dans la nécessité d'intervenir, à quelle époque de la grossesse doit-on fixer cette intervention, et quelle en est la nature ?

L'époque devra nécessairement varier avec l'étendue de la lésion, son volume et avec l'état général de la mère et de l'enfant.

Plus la tumeur sera étendue et volumineuse, plus il

faudra se hâter, avec cette recommandation d'attendre au moins que l'enfant soit viable. Simpson, dans ses Obstétric Memoirs, dit même : L'opinion de ceux qui engagent à la pratiquer dans l'accouchement, c'est-à-dire l'avortement, me paraît erronée et contraire aux règles de la profession médicale et de la morale.

Doit-on faire l'ablation de la tumeur pendant la grossesse?

Divers cas, et notamment celui de Savory, présenté à la Société obstétricale de Londres, en 1875, permettent de penser que cette opération est possible. Toutefois les hémorrhagies sont très à redouter.

Dans le cas du docteur Godson, cas suivi de succès, le seul espoir qui restât était une opération césarienne.

L'année suivante, au Congrès médical de Hambourg, la majorité des votants fut encore pour l'intervention chirurgicale pendant la grossesse.

Schroeder cita à l'appui de son opinion le cas suivant, Grossesse à son cinquième mois, hémorrhagies fréquentes et abondantes. Ablation du col; suppression des hémorrhagies, continuation de la grossesse jusqu'au terme où l'accouchement eut lieu sans hémorrhagies.

Toutefois la mère succomba brusquement, au bout de six semaines. L'observation ne dit pas la cause de cette mort subite.

Schroeder conclut qu'il faut toujours opérer le carcinome, quelle que soit la date de la grossesse, pour éviter la nécessité d'une opération césarienne.

Bénické relate dans les Annales de gynécologie trois cas observés à la Clinique de Berlin, dont il conclut qu'il

faut toujours opérer le plus tôt possible pendant la grossesse, quand on peut enlever tous les tissus envahis.

Faut-il toujours opérer, même pendant la grossesse?

Les indications sont subordonnées au diagnostic, et il faut chaque fois, avant de prendre un parti, mettre en balance d'une part les dangers inhérents à la tumeur, si on n'opère pas; et d'une autre part, si on opère, les dangers inhérents à l'opération.

Il n'est permis de tenter une opération grave que lorsque les jours de la malade sont sérieusement menacés, dans un avenir plus ou moins prochain, par le progrès naturel de la tumeur, ou lorsque celle-ci par son siège, son volume et ses complications, entrave des fonctions importantes, ou occasionne une gêne insupportable.

Ce sage conseil, donné par M. le professeur Broca, doit être notre règle de conduite dans l'intervention chirurgicale.

Si l'opération du cancer, dit-il aussi, n'était faite que dans le but de guérir radicalement les malades, elle serait inutile, c'est-à-dire nuisible; il n'y aurait pas lieu de l'entreprendre. Mais si, au lieu de courir après une guérison radicale, on se propose simplement d'améliorer la position des malades et d'en prolonger la vie, la question change de face, et le nombre de cas où les malades retirèrent ainsi un bénéfice réel de l'opération est assez considérable pour permettre d'établir en principe que le cancer doit être opéré.

On a craint que l'opération ne provoque l'avortement, mais le tableau suivant prouve qu'elle ne le provoque

pas plus que si elle était faite sur une autre région du corps.

Sur 214 cas (accidents, opérations, traumatisme des organes génitaux, traumatismes ayant porté leur action hors de l'appareil génital, opérations pratiquées sur les organes génitaux, opérations sur les autres régions) pendant la grossesse, qui ont fait l'objet des observations de M. Manot, nous voyons :

	Guérisons		Avortements
	—		—
1° Accidents	83 dont	61 ou 73,3 0/0 et	11 ou 13 0/0
2° Opérations	131 dont	88 ou 67 0/0 et	40 ou 30,2 0/0
3° Traumatisme sur organes génitaux	78 dont	45 ou 61,6 0/0 et	20 ou 27,3 0/0
4° Traumatisme hors des organes génitaux	141 dont	104 ou 73,8 0/0 et	31 ou 21 0/0
5° Opérations sur organes génitaux	62 dont	41 ou 66 0/0 et	19 ou 30,6 0/0
6° Opérations sur les autres régions	69 dont	47 ou 68 0/0 et	21 ou 30,4 0/0

En d'autres termes il y a avortement :

1	fois sur	10	accidents.
1	—	3	opérations quelconques.
1	—	2 1/2	traumatisme sur organes génitaux.
1	—	4	traumatisme des autres régions.
1	—	3	opérations sur organes génitaux.
1	—	3	opérations sur autres régions.

Duparcque, dans son Traité des maladies de la matrice, pose les règles suivantes sur la nécessité, la contre-indication ou l'inutilité de l'amputation du col utérin.

1° L'amputation du col doit être rejetée pour les cas de simple engorgement sans ulcération du col ; du moins

ne devra-t-on y avoir recours qu'après que l'on aura essayé les moyens thérapeutiques et palliatifs ordinaires.

2° Elle doit être également rejetée ou retardée, toutes les fois que l'altération, quelle que soit sa nature, paraît stationnaire ou que l'on a quelque espoir de prévenir son développement ultérieur par tout autre moyen.

3° Elle sera définitivement rejetée lorsqu'on soupçonnera que la maladie n'est pas limitée au col, ou qu'elle se trouvera hors de la portée des instruments, ou enfin qu'elle affectera d'autres organes.

4° On devra encore tenir compte des circonstances qui peuvent faire présumer la prédisposition héréditaire, cas dans lesquels la récidive est presque inévitable.

5° Peut-être aussi serait-il plus avantageux d'attendre pour opérer que les malades, qui sont arrivées à l'époque critique, aient dépassé cette époque et atteint l'âge qui détruit la modification prédisposante organique ou vitale, qui, si l'on opérait avant cet heureux effet de l'âge, rendrait la récidive également à craindre.

Société de Chirurgie. Séance du 6 mars 1872 (Extraits).

De l'opportunité des opérations chez les femmes enceintes et les nouvelles accouchées. — Au cours de cette séance, où avait eu lieu la présentation d'une tumeur fibro-plastique par M. Tarnier, tumeur siégeant sur la grande lèvre, datant de cinq ans et qui pendant la grossesse avait pris un accroissement considérable atteignant le volume d'une tête de fœtus, mais qui après l'accouchement, qui se fit du reste sans difficulté, avait diminué de

moitié, M. Tarnier déclara qu'il lui avait semblé qu'une opération faite pendant la grossesse pourrait être dangereuse, qu'il espérait que l'accouchement se ferait sans difficulté, et qu'il préférait attendre. En effet, l'opération fut pratiquée le 6 mars, six semaines environ après l'accouchement.

Tout le monde sait, dit M. Depaul, que les organes génitaux externes s'hypertrophient pendant la grossesse et reviennent à l'état normal après l'accouchement, hypertrophie très différente de l'œdème de la vulve. Dans le cas présent, la tumeur de M. Tarnier avait subi l'influence des grandes lèvres.

Il y a là, ajouta-t-il, une analogie frappante avec les fibromes utérins.

M. Tarnier. Il en est de cette tumeur comme des végétations, et je suis tout à fait d'avis qu'il ne faut pas toucher aux tumeurs de la vulve pendant la grossesse.

Si l'on coupe les végétations on s'expose à des hémorrhagies graves et à des avortements.

J'ai vu une femme qui était tombée sur la vulve et avait eu une hémorrhagie tellement grave qu'il avait fallu la tamponner. En ôtant le tampon pour la faire uriner, l'hémorrhagie se reproduisit et la femme mourut.

M. Desprès. — Il ne faudrait pas s'exagérer la gravité des opérations faites sur la vulve. J'ai enlevé, par excision, des végétations énormes sur la vulve de femmes enceintes et qui n'ont pas avorté. Seulement le sang coulait en grande abondance, aussi me suis-je imposé la règle de faire l'opération en plusieurs séances.

Un fait frappant, continue M. Desprès, m'est resté

dans l'esprit : Une femme enceinte de cinq mois, et à laquelle, MM. Tarnier et Tillaux avaient conseillé de ne point se faire opérer, voyant les végétations croître indéfiniment, réclama une opération. Plein des opinions de M. Tarnier, je resistai d'abord, mais sur les instances de cette femme, je pratiquai, sous le chloroforme, l'excision des végétations en deux fois. Du sang coula, mais j'arrêtai l'hémorrhagie par la cautérisation avec le chlorure de zinc. La malade n'eut aucun accident, et elle accoucha à terme.

M. Chassaignac. Il ne faut pas poser de règles absolues. J'ai publié des opérations de végétations de femmes enceintes enlevées avec l'écraseur linéaire. C'est une affection grave que ces végétations et on doit les en débarrasser si on le peut. D'ailleurs, je ne vais pas à l'encontre de ce que disait mon collègue, quant aux inconvénients des opérations en général sur les femmes grosses.

M. Blot. Je suis de l'avis de M. Chassaignac. Il ne faut pas proscrire d'une manière absolue les opérations chez les femmes grosses. Si une tumeur est une cause de gêne excessive, il faut faire quelque chose pour les végétations en particulier et si on les opère il vaut mieux employer l'écraseur linéaire,car les hémorrhagies sont à craindre.

A la séance suivante, le 13 mars 1872, M. Després dit : J'ai consulté mes notes de l'hôpital de Lourcine et je vous apporte les documents précis relatifs aux opérations que j'ai pratiquées sur des femmes enceintes. J'ai enlevé sur six malades grosses de trois à sept mois, et

qui étaient à leur première grossesse, et avaient 17, 18, 19 et 20 ans des végétations rendant même le repos au lit impossible. Aucune de ces malades n'a avorté; une est accouchée à terme, plus d'un mois après, d'un enfant mort pendant le travail ; il y avait procidence du cordon

J'ai eu deux fois à faire des incisions pour des abcès des glandes vulvo-vaginales, et je n'ai eu aucun accident, les femmes sont accouchées à terme. Une fois, chez une femme de trente ans, grosse de trois mois, qui avait une fistule recto-vaginale, j'ai fait une opération; j'ai transformé la fistule recto-vaginale en une fistule à l'anus périnéale. La malade n'a eu aucun accident, et est accouchée à terme.

Malgré cette déposition favorable à l'intervention opératoire pendant la grossesse, les chirurgiens et la plupart des accoucheurs condamnaient alors les opérations qui ne sont pas d'urgence, comme une hernie étranglée, une amputation pour l'écrasement d'un membre.

Congrès médical de Hambourg de 1876.

Cancer de l'utérus mettant obstacle à l'accouchement. — Communication de M. Valenta. « Une femme qui avait eu six enfants et avait éprouvé pendant une septième grossesse une abondante hémorrhagie, le fit appeler pour un accouchement. Il constata un carcimone très étendu de la portion vaginale des culs-de-sac et du vagin. Dans le cours du travail les douleurs s'arrêtèrent, et les douches, l'introduction d'un cathéter flexible, le seigle ergoté, le tamponnement furent infructueux à les

rappeler. L'enfant étant mort, il perfora le crâne à travers le col dilaté de cinq centimètres. Néanmoins il ne put amener la tête, et dut faire six incisions et broyer le crâne ; comme il ne réussissait pas davantage, il dut faire une très grande incision. La mère mourut et l'autopsie démontra l'intégrité de la cavité abdominale ; mais la déchirure arrivait jusqu'au péritoine.

En présence de ce résultat malheureux, n'eût-il pas mieux valu recourir à l'opération césarienne.

Cette question posée au Congrès n'a pas reçu de solution, car la réponse dépend, en pareille occurrence, de l'étendue de la lésion cancéreuse.

Chacun des membres s'est borné à faire connaître les cas de ce genre qu'il avait rencontrés dans sa pratique. ainsi Qweifel, se trouvant récemment en présence d'un énorme carcinome de la cavité pelvienne, a fait au commencement du dixième mois l'opération césarienne. L'enfant fut sauvé, mais la mère succomba au ramollissement du carcinome.

Benicke rapporte trois cas de la Clinique obstétricale de Berlin, et un cas tiré de sa pratique privée.

Dans le premier cas, on enleva la masse cancéreuse, avec une curette, pendant la grossesse. L'accouchement fut normal, l'hémorrhagie médiocre et les suites de couches normales.

Dans le second cas, concernant une multipare, on enleva la végétation cancéreuse à l'aide de la curette, pendant le cours de la grossesse, mais cette femme n'est point encore accouchée.

Dans le troisième cas, où la portion vaginale fut enlevée par l'écraseur, il y eut expulsion prématurée de l'enfant.

Enfin, dans le quatrième, où l'on s'était conduit de même, l'accouchement fut normal.

Ces faits prouvent donc la nécessité d'opérer avant l'accouchement et Schrœder en cite un autre qui semble légitimer cette pratique.

En voici le résumé : grossesse à cinq mois, amputation de la portion vaginale, ouverture de l'espace de Douglas ; guérison. Les hémorrhagies s'arrêtèrent après l'opération. Peu avant le terme normal de la grossesse, violentes douleurs et accouchement naturel sans hémorrhagie. Quant à la mère elle succomba brusquement six semaines après. Pour Schrœder il faut toujours opérer le carcinome quelle que soit la date de la grossesse, et on ne doit jamais faire l'opération césarienne.

L'opinion de Ebell est moins nette, mais elle est plus conforme aux données de la pratique. « Il faut, dit-il, subordonner son intervention aux conditions de l'individu.

Ainsi, dans un cas, l'extraction a dû être précédée par une profonde incision ; dans un autre cas, il suffit de l'application du forceps.

Ce parti est évidemment le plus sage, car il n'est pas démontré qu'une opération faite avant le terme de la grossesse ne prédispose jamais à l'accouchement prématuré.

M. Verneuil sur la question « Traumatisme et gravidisme », émit, dans la séance du 8 mars 1876, à la So-

ciété de chirurgie, les propositions suivantes qui furent approuvées de la plupart des membres présents :

1° La grossesse et les affections chirurgicales, traumatiques ou autres, peuvent coincider sans s'influencer d'aucune façon.

2° Les affections chirurgicales traumatiques ou autres, peuvent compromettre la grossesse de trois façons différentes : en tuant le fœtus sans porter atteinte à la santé de la mère, en provoquant un avortement qui entraîne la mort de la mère, en provoquant la mort de la mère et celle du fœtus.

3° D'un autre côté, la grossesse, tout en continuant naturellement sa marche, peut favoriser le développement des affections chirurgicales, modifier l'évolution de certaines d'entre elles, donner à des plaies ordinaires, ou des plaies d'origine traumatique, une apparence particulière.

4° L'aggravation survenant dans une lésion locale peut, à son tour, agir sur la grossesse et en compromettre l'évolution : cette aggravation cesse d'elle-même après l'accouchement, de sorte qu'on peut se demander, si, en des cas graves, il ne vaudrait pas mieux provoquer l'accouchement.

Conclusions de traumatisme et grossesse, de M. Verneuil, au Congrès de Genève, 1877.

1° La grossesse et le traumatisme peuvent évoluer normalement, parallèlement, simultanément, sans s'influencer le moins du monde ; ceci s'applique aux blessures graves comme aux plus légères.

2° Les blessures accidentelles ou chirurgicales, depuis les plus minimes jusqu'aux plus sérieuses, peuvent troubler la gestation de plusieurs manières ; en provoquant l'avortement ou l'accouchement prématuré, en faisant périr la mère avec ou sans l'enfant, avant ou après l'enfant.

3° Certaines blessures chirurgicales, sans cesser d'être menaçantes pour l'issue normale de la grossesse et pour la vie de la mère et de l'enfant deviennent pourtant salutaires et nécessaires pour combattre certaines affections qui, abandonnées à elles-mêmes, seraient beaucoup plus dangereuses encore.

4° La grossesse peut troubler le processus traumatique de plusieurs manières : en retardant ou en empêchant la guérison, en favorisant aussi l'apparition de certaines complications des blessures.

5° La grossesse peut aggraver diverses affections traumatiques de façon à rendre urgentes des opérations que, dans l'état de vacuité, on aurait pu éviter ou ajourner.

6° La délivrance modifie heureusement la marche de certaines blessures contractées pendant la grossesse.

7° La puerpéralité influence défavorablement les blessures accidentelles ou chirurgicales survenues après l'accouchement et rend plus graves celles qui remontent à l'époque de la grossesse.

8° L'intervention chirurgicale n'est point interdite pendant la grossesse, mais elle est soumise à des règles particulières.

On ne doit agir chez la femme enceinte qu'avec la plus

grande réserve et parfois refuser l'opération ; mais s'abstenir systématiquement dans tous les cas serait également une faute grave.

PROCÉDÉS OPÉRATOIRES DE L'HYSTÉROTOMIE.

Cette opération peut être pratiquée sans abaisser l'utérus, ou bien on amène l'organe à la vulve. Le premier procédé est certainement le meilleur ; on évite ainsi les tiraillements des ligaments utérins, leur déchirure possible et la paramétrite consécutive. D'ailleurs, ce procédé ne pourrait être employé dans le cas d'un utérus gravide. Divers instruments ont servi à cette opération. C'est ainsi que Dupuytren avait inventé une espèce de cuiller à bords tranchants et un cercle d'acier à bord interne également tranchant était fixé sur un manche perpendiculaire, le col était introduit dans le cercle et incisé par un mouvement de rotation.

Ossiander se servait de ciseaux courbes. Canella a imaginé un instrument se composant d'un spéculum cylindrique, à l'intérieur duquel se trouve un second cylindre, avec une lame transversale à son extrémité. Cette lame se ferme et s'ouvre à volonté en sorte qu'une fois le col entré dans le second cylindre, on sectionne circulairement avec cette lame. Pendant l'opération le col est fixé par un crochet.

Jules Hatin et Colomba ont inventé également des instruments pour saisir le col et l'exciser.

A. AMPUTATION DU COL ABAISSÉ A LA VULVE.—La malade

étant placée dans la position de la taille, Lisfranc attirait l'utérus avec la pince de Museux appliquée à l'aide du spéculum, et il amenait le col au niveau de l'orifice du vagin.

L'opérateur devait alors reconnaître la ligne d'insertion du vagin autour du col, qui forme la limite opératoire ; puis il portait la lame d'un bistouri boutonné sur la partie postérieure et supérieure du col et enlevait de bas en haut toute la partie malade aussi complètement que possible. Si la vulve était trop étroite, Lisfranc facilitait l'introduction du spéculum par une incision du bord antérieur du périnée.

Ce procédé n'est pas toujours applicable, en effet, quand le col est dégénéré en masse, il devient impossible de le saisir avec des pinces pour abaisser tout l'organe. Faire ainsi l'opération de Lisfranc offre de très grands dangers.

1° Le plus immédiat est une hémorrhagie foudroyante que souvent ne peuvent arrêter les cautérisations ou le tamponnement.

2° Si l'hémorrhagie n'est pas très abondante au moment de l'opération, il peut survenir dans les quarante-huit heures, une hémorrhagie secondaire qui entraîne la mort.

3° L'inflammation de la matrice peut se déclarer et se terminer par la suppuration et par une complication de pelvi-péritonite. Pauly pense que cet accident arrive surtout quand le vagin a été blessé à sa partie postérieure.

4° Si on laisse du tissu malade, l'ulcération peut re-

commencer sur ce point et il ne se forme pas de cicatrice.

B. Amputation du col sur place.

Premier procédé au moyen des ciseaux. — L'amputation du col peut être pratiquée à l'aide de ciseaux courbés sur le plat et dont les branches soient assez longues pour être manœuvrées facilement.

On procède de la manière suivante :

La malade étant couchée sur le bord du lit, comme pour l'examen au spéculum, les cuisses relevées, écartées et fixées, on introduit l'index et le médius de la main gauche jusqu'au contact du col. A l'aide de ses doigts, on dirige une pince à griffe que l'on implante sur le col pour fixer l'utérus.

Les doigts sont laissés au contact du col, et les branches de la pince sont saisies par la paume de la main gauche. On glisse alors sur les doigts restés dans le vagin une paire de ciseaux courbés sur le plat, que l'on fait manœuvrer avec la main droite ; la section est faite ensuite lentement et par coups successifs. Lorsque la portion à enlever est sectionnée, on met le col à découvert au moyen d'un spéculum, et s'il s'écoule du sang, on applique au contact du tissu un tampon d'ouate enduit de perchlorure de fer.

Ce procédé offre à peu près les mêmes dangers que celui de Lisfranc à l'aide du bistouri ; cependant la pelvi-péritonite est moins à craindre. Néanmoins on pourrait remplacer avec avantage le bistouri et les ciseaux, par un couteau thermocaustique courbe, à la condition de

chasser incessamment la fumée qui obscurcirait le vagin et de protéger les parties à l'aide du spéculum de Sims ou de Gemrig, ce dernier tenant le vagin dilaté avantageusement pour l'opération.

2° *Procédé au moyen de l'écraseur.* — L'amputation a été pratiquée un grand nombre de fois au moyen de l'écraseur à chaîne métallique de Chassaignac, ou du serre-nœud de Maisonneuve, composé de plusieurs fils métalliques, car parfois la résistance du col est considérable. Le col étant fixé par une forte pince de Museux, on applique la chaîne ou le cordon de fils métalliques au-dessus du point où le col a été saisi, en faisant passer les branches de la pince dans l'anse formée.

En Amérique, on a l'habitude d'appliquer la chaîne de l'écraseur, après que l'on a mis le col à découvert au moyen du spéculum de Sims ; dans ce cas, la malade est placée dans le décubitus latéral gauche.

Ce second procédé expose moins que les précédents la malade à l'hémorrhagie, en amenant la compression lente des vaisseaux, alors que ceux-ci étaient tranchés plus ou moins brusquement par le bistouri et les ciseaux. Nous lui donnerions donc la préférence s'il ne devait pas être remplacé par le troisième procédé plus simple et plus sûr.

3° *Procédé au moyen du fil galvano caustique.* — Le col est à découvert au moyen du spéculum de Gemrig, ou de tout autre produisant une dilatation suffisante à l'introduction et à la manœuvre de l'instrument, en même

temps qu'il sert à protéger le vagin contre le rayonnement calorifique.

Le col ainsi mis à découvert, on place l'anse de platine préalablement montée sur la tige du galvano-cautère, autour de la partie que l'on se propose d'amputer, puis on resserre l'anse de façon à l'appliquer très exactement sur le tissu du col au-dessus du siège de la tumeur. Cela fait, on applique les conducteurs d'une pile au bichromate de potasse sur les tiges qui terminent le manche, et l'on opère la section lentement, en évitant de chauffer trop fortement le fil, afin de ne pas s'exposer à une hémorrhagie.

M. Léon Labbé, chirurgien des hôpitaux, fait ainsi l'éloge de la méthode galvano-caustique thermique, dans le n° de mars des *Annales de Gynécologie.*

Dès 1821, la galvano-caustique thermique fut employée par Récamier et Pravaz, pour opérer la destruction du cancer du col utérin.

En 1857, Middeldorf signalait à la Société de chirurgie l'usage qu'il avait fait de l'anse coupante, pour enlever une énorme tumeur cancéreuse du col de l'utérus.

En 1871, M. Amusat fils, a publié un mémoire intéressant sur l'emploi de la galvano-caustique thermique appliquée au traitement du cancer de l'utérus. Dans quatre opérations il eut recours à l'anse métallique du sécateur galvanique. Dans un cinquième cas, il essaya de détruire le tissu malade à l'aide de cautérisations pratiquées avec des boutons galvano-caustiques, ainsi que l'avait fait Robert Ellis, en 1861, Grünewalde (de

Saint-Pétersbourg), en 1862, et probablement plusieurs autres chirurgiens. Je n'insiste pas sur ces derniers faits, car ils ne me paraissent pas présenter une importance particulière.

Quand on veut avoir récours à la cautérisation ignée, peu importe en effet, que l'on fasse usage d'un fer rougi au feu ou d'un bouton métallique échauffé au moyen de l'électricité. Il ne peut entrer, je crois, dans l'esprit d'aucun chirurgien, l'idée que la cautérisation pratiquée au moyen d'un bouton galvano-caustique ait une supériorité quelconque sur celle que l'on fait avec le fer rougi au feu.

Le procédé opératoire que je voudrais contribuer à faire prévaloir consiste uniquement dans l'emploi de l'anse galvano-caustique thermique substituée à l'instrument tranchant, aux ligatures de divers ordres, et même à l'écraseur linéaire, dans tous les cas où il est indiqué de détacher dans une seule séance la totalité ou une portion notable du col utérin siège de l'épithélioma.

Depuis quelques années, depuis trois ans principalement, j'ai eu l'occasion de pratiquer à l'aide de l'anse galvano-caustique, un assez grand nombre d'amputations du col de l'utérus, pour des épithéliomas arrivés à divers degrés de développement.

Les résultats au point de vue de la guérison des malades, de la fréquence et de la rapidité de la récidive ont été très dissemblables, mais ils n'ont jamais varié au point de vue de l'innocuité et de la simplicité du mode opératoire. Le plus grand nombre des opérations que j'ai pratiquées l'ont été à l'hôpital de la Pitié, en pré-

sence de quelques-uns de mes collègues, d'un grand nombre d'élèves et de médecins étrangers, et plusieurs fois les assistants ont manifesté leur étonnement de la simplicité extrême de l'opération. Les principaux avantages que présente sur les autres méthodes la section à l'aide de l'anse galvano-caustique sont les suivants :

La section est tellement rapide (30 ou 40 secondes), qu'il n'est pas nécessaire de soumettre la malade à l'anesthésie.

Malgré la rapidité de la section, la surface obtenue est tellement nette et exsangue, que l'on est à l'abri d'une hémorrhagie consécutive.

Le fil de platine peu volumineux que l'on emploie est tellement flexible et maniable que l'on peut l'appliquer sans difficulté notable, en manœuvrant au fond du bassin sans attirer le col de l'utérus à la vulve. Ce dernier point est d'une haute importance pour se mettre à l'abri de l'ouverture des culs-de-sac vaginaux qui ne sont pas tiraillés, et intimement appliqués et confondus en quelque sorte avec le col lui-même.

M. Gallard, médecin de l'Hôtel-Dieu, dans son Mémoire sur le traitement du cancer utérin et des avantages de l'amputation du col de la matrice par l'anse galvanique (Paris 1884), dit avoir opéré ainsi 25 malades, dont huit chez elles, huit à l'Hôtel-Dieu, depuis 1881, et les neuf autres à la Pitié antérieurement à cette date.

Sur ces 25 cas, il y eut sept cas de récidives assez rapides suivies de mort, que l'ablation eût été complète ou non.

Sur les douze qu'il se croit autorisé à considérer comme

guéries, neuf ne sont restées que quelques mois sous sa surveillance et paraissaient alors guéries. Chez trois seulement, revues au bout de 18 mois, de deux ans et demi et de près de quatre ans, la guérison s'était maintenue.

Il cite l'observation d'une femme opérée par lui, le 20 mai 1882, au moyen de l'anse galvanique, d'un cancer ulcéré du col, remontant au niveau des insertions du vagin. Comme l'ablation du tissu cancéreux n'avait pas été totale, il la compléta à l'aide du couteau galvanique.

Le 20 juillet, l'écoulement sanguinolent s'étant reproduit, il découvrit au spéculum un petit bourgeon du volume d'une groseille, qu'il cautérisa à l'acide chromique; réapparition de ce bourgeonnement suspect qui est cautérisé énergiquement le 20 octobre, avec le thermo-cautère.

Revue plusieurs fois par M. Gallard, la guérison ne s'est pas démentie.

Je n'ai vu, continue M. Gallard, après mes opérations, d'autres accidents nerveux que des hémorrhagies consécutives, survenues dans trois cas, dans des conditions semblables à celles qui ont été signalées par plusieurs observateurs et qui n'ont jamais eu la moindre gravité.

Au nombre, je ne dirai pas des accidents, mais des complications que j'ai eu l'occasion d'observer, je dois citer un cas dans lequel l'utérus était à la fois cancéreux et gravide — cela se voit quelquefois — mais dans ce cas la grossesse était assez peu avancée pour avoir complètement échappé à notre premier examen, car elle ne da-

tait pas de plus de six semaines au moment de l'opération et l'accroissement du volume de l'utérus qui avait été constaté pouvait parfaitement être attribué à la présence du cancer Ce cas est un de ceux où il y a eu repullulation du cancer, et *l'avortement* d'un fœtus de trois mois environ qui eut lieu six semaines après l'opération *doit être attribué* au moins autant, sinon plus, à la marche envahissante de la maladie, qu'au traumatisme exercé par l'opérateur. Dans ce fait, la constitution histologique du tissu cancéreux avait une structure toute spéciale, qui dépendait peut-être des modifications apportées par la grossesse. On trouva en effet, qu'au niveau de la surface de section, certains points étaient constitués par le tissu de l'utérus intact, et que dans l'intervalle, on voyait un tissu malade, qui, comme cela s'observe si souvent dans les lèvres et dans la langue, se prolongeait dans les parties saines en apparence, sous forme de traînées.

Velpeau, dans son Traité des accouchements, parle ainsi des manœuvres pratiquées sur le col au moment du travail.

Dans un cas, cité par Désormeaux, la dilatation se fit aux dépens des deux tiers seuls de la circonférence de l'orifice, et la sortie du fœtus en fut retardée.

Mais si la totalité du col est prise, soit à son extrémité inférieure, soit sur un point plus rapproché de la cavité utérine et que la dilatation naturelle de ces parties ne se fit pas, l'opération césarienne serait indiquée, en admettant que la dilatation forcée avec les doigts ou le

spéculum ne put pas être tentée ou qu'elle l'eût été vainement.

Cette dilatation, malgré ses dangers, a maintenant été pratiquée un si grand nombre de fois, que sa valeur ne peut être mise en doute.

Ce serait aller trop loin cependant que de dire avec M. Basignan (thèse de concours, 1834), qu'elle n'est jamais suivie d'accidents, et je crois qu'on aurait tort de se hâter d'y avoir recours. Là dessus, je partage entièrement l'avis de M. Fodéré (thèse de Strasbourg, 1828), et je pense qu'on l'a trop souvent mise en usage. Le col peut paraître dur, fibro-cartilagineux aux praticiens peu exercés et chez certaines femmes dont le travail marche d'abord avec une certaine lenteur, bien qu'en réalité il ne soit pas malade et que l'organisme puisse très bien en opérer la dilatation. Toutefois il résiste aux tampons, aux saignées, aux relâchants, il vaut mieux imiter Coutouly, Lemoine, Lauvergeat, et débrider le col que d'en attendre la déchirure. Le succès obtenu par M. Bonnelat (*Gazette médicale*, 1832) dans un cas d'induration presque cartilagineuse et de coarctation considérable est une preuve de plus à l'appui de ce procédé. Lorsque l'induration ou la dégénérescence cancéreuse est portée très loin, les secours de l'art sont indispensables. La dilatation forcée peut donner lieu à des déchirures de l'utérus, et des incisions en divers sens sont préférables.

Dans l'observation suivante de M. Budin, un cancer du col utérin mit, pendant plusieurs jours, obstacle à l'accouchement, et ce ne fut qu'au moyen d'incisions

sur la partie saine qu'il obtint l'extraction au forceps d'un enfant vivant et des suites de couches normales.

Le principal obstacle à l'accouchement ne réside pas tant dans le volume de la tumeur que dans son degré d'induration. C'est contre cette induration qu'Hippocrate faisait usage de certaines pommades que Voegelé recommande encore à notre époque. On a conseillé les injections émollientes que Mme Lachapelle a préconisées, et la saignée générale, seulement praticable lorsque l'état de la mère le permet.

Éponge préparée. — Dans un cas cité par Siebold, l'induration squirrheuse de la portion vaginale du col s'opposait à la dilatation de l'orifice utérin, celle-ci fut obtenue à l'aide de l'éponge préparée, et comme la tête de l'enfant ne s'engageait pas et restait très élevée dans le bassin, l'accouchement fut terminé par la version. La femme eut une hémorrhagie très abondante qui fut arrêtée par le tampon, mais le surlendemain survint une nouvelle hémorrhagie, et l'accouchée succomba. L'enfant était mort vingt-quatre heures après l'accouchement.

Quelques auteurs ont conseillé de larges saignées, avantageuses dans tous les cas de rigidité du col ou de simple induration, au moment de l'accouchement ; ces émissions sanguines ne feraient, dans notre complication, qu'affaiblir la parturiente sans avoir aucune influence sur l'état de l'orifice. La seule ressource de l'art est encore dans les incisions multiples, pratiquées sur le pourtour de la masse cancéreuse. La version et l'application du forceps ne sont, en effet, dans la plupart

des cas, possibles qu'à la condition que le bistouri aura préalablement facilité l'entrée de l'utérus. Sans cette précaution, il se forme nécessairement plusieurs fissures plus ou moins étendues, qui divisent les lobes de la tumeur et produisent le plus ordinairement des hémorrhagies abondantes : au moment du passage de la tête, ces fissures s'élargissent et s'allongent jusque dans le corps de l'utérus et peuvent provoquer des ruptures de l'organe maternel, accident presque toujours mortel. D'autre part, ces ruptures peuvent se produire spontanément, quand les incisions cervicales n'ont pas été faites, si le col est resté rigide et que l'utérus n'a pu vaincre sa résistance.

Dans les cas où, même après les débridements, l'application du forceps est impossible, l'enfant étant encore vivant, doit-on recourir à l'embryotomie ou à l'opération césarienne? « Quelque grave que soit cette opération, conclut Cazeaux, cette dernière me semble préférable. Pratiquée en temps opportun, elle donne de grandes chances de sauver l'enfant; et la vie de la mère est déjà si gravement compromise par la maladie dont elle est affectée qu'on ne doit pas, à mon avis, hésiter à tout sacrifier au salut de l'enfant.

Observation XI.

Cancer du col de l'utérus mettant plusieurs jours obstacle à l'accouchement. Incisions faites sur la partie du tissu restée saine. Extraction avec forceps d'un enfant vivant. Suites de couches normales.

Le 6 juin 1879 on apportait, à la clinique d'accouchements, la femme Duc, âgée de 38 ans, piqueuse de bottines.

Elle a eu déjà quatre garçons, et est enceinte pour la cinquième fois.

Ses dernières règles datent du 7 au 15 août. Elle a toujours joui d'une bonne santé, et la première partie de sa grossesse s'est très bien passée ; mais, depuis trois ou quatre mois, elle éprouve des douleurs très vives dans la partie inférieure de l'abdomen. Il y a deux mois, elle commença à perdre une certaine quantité de sang ; elle fit appeler un médecin, qui lui conseilla le repos au lit; au bout de quatre jours l'écoulement avait cessé.

Une semaine plus tard, comme elle éprouvait dans le bas-ventre des douleurs plus vives, elle consulta un autre médecin. A la suite du nouvel examen elle eut une nouvelle hémorrhagie, qui dura deux jours.

Depuis cette époque elle n'a plus eu d'hémorrhagie, il s'écoule seulement par la vulve des matières puriformes, jaunâtres, n'ayant, suivant elle, aucune odeur. Mais les douleurs abdominales persistaient, elles étaient vives surtout pendant la nuit, et l'empêchaient de dormir.

La femme Duc approchait du terme de la grossesse, et, dans la nuit du 3 au 4 juin, elle commença à sentir les premières douleurs de l'accouchement; ces douleurs revinrent à intervalles réguliers de dix en dix minutes, puis de cinq en cinq minutes. Un peu de sang sortit par la vulve le quatrième jour, après le premier toucher, puis l'hémorrhagie s'arrêta. Les douleurs persistant pendant toute la journée du 5 juin, et la malade n'accouchant pas, la sage-femme, après avoir pris l'avis du médecin, l'amena, le 6 au matin, à l'hôpital des Cliniques, en disant qu'on *sentait le placenta inséré sur l'orifice utérin.*

Au moment de la visite, on trouve une femme de taille ordinaire, assez forte, elle est très brune, le teint un peu coloré, la peau n'est pas chaude, le pouls n'est pas rapide. Les douleurs reviennent régulièrement toutes les sept ou huit minutes, elles sont fortes, et arrachent des cris. Au palper, on trouve l'utérus développé comme chez une femme arrivée au terme de la grossesse. La tête s'est engagée à travers le détroit supérieur, le

dos est dirigé à droite et un peu en arrière. A l'auscultation, on entend les bruits du cœur à droite. Il y a 136 pulsations fœtales par minute. Au toucher, le doigt arrive sur une masse volumineuse, irrégulière, présentant des nodosités et des anfractuosités. Il existe un champignon considérable qui remplit le fond du vagin. Du côté droit et en arrière, le doigt peut pénétrer à travers un orifice qui ne le laisse entrer qu'à peine; il y a, à ce niveau, une petite bande de tissu sain, tandis que le reste du col est envahi par la dégénérescence cancéreuse. Après avoir traversé l'orifice, le doigt arrive sur les membranes qui sont intactes ; derrière les membranes on sent la tête dans le liquide amniotique. Le doigt sort recouvert de sang.

Le travail a continué pendant toute la journée du 3 juin. A 4 heures du soir, M. Depaul rompit les membranes et il s'écoula une certaine quantité de liquide amniotique. A 8 heures du soir, bien que les douleurs aient continué à se produire, on ne trouve aucune modification dans le col; les battements du cœur fœtal sont normaux, ils sont à 132.

Pendant toute la nuit, des douleurs assez vives ont persisté. Le 7 juin à 7 heures 45 du matin, on trouve que l'orifice utérin s'est dilaté aux dépens de la partie du col sanié. La dilatation a environ cinq centim. de diamètre. A l'auscultation, les battements du cœur de l'enfant sont très réguliers. A huit heures et un quart M. Depaul fait, avec un bistouri courbe et mousse, deux petites incisions à droite, sur la partie du col restée saine.

A 10 heures, l'accouchement n'ayant pas lieu, et la tête restant toujours au-dessus de l'orifice qui ne se dilate plus, M. Depaul se décide à faire l'application du forceps. Il se servit d'un instrument à cuillers étroites : la femme ayant été anesthésiée, les branches furent appliquées directement l'une à gauche, l'autre à droite. Quelques tractions suffirent pour amener le fœtus sur le plancher périnéal. On s'efforça, mais en vain, de refouler au-dessus de la tête du fœtus la masse cancéreuse qui avait été entraînée au-dessous d'elle. La tête exécuta alors son mouvement de rotation, et, au moment du dégagement, la cuiller droite vint

se mettre sous la symphyse pubienne, et la gauche se plaça en arrière.

L'enfant fut extrait facilement, mais il ne respirait pas. On le transporta sur la crêche, la figure et le tronc étaient cyanosés : l'œil droit était largement ouvert. M. Depaul le frictionna vigoureusement, enleva les mucosités de la bouche, et le flagella. Enfin, au bout de cinq ou six minutes, l'enfant se mit à respirer et à crier. On constate alors une paralysie faciale à droite, qui du reste disparut à la fin de la journée. La cyanose disparut aussi peu à peu. L'enfant était du sexe masculin, pesait 3,038 grammes et mesurait 47 centimètres de long.

La délivrance se fit spontanément aussitôt après l'accouchement.

La masse cancéreuse, qui, pendant l'accouchement, était venue faire saillie à l'orifice vulvaire, y demeura : l'état de la mère était excellent.

Le 8. Etat général bon. La tumeur fait toujours saillie à la vulve. Ecoulement lochial très fétide. Lavages et injections au chloral 1/200.

Jeudi, M. Depaul excise le pédicule, gros comme un pouce, de la tumeur de la lèvre antérieure, avec la chaîne de l'écraseur, cette tumeur avait la grosseur d'un œuf de poule.

Le 16. On trouve une tumeur semblable sur la lèvre postérieure.

Le 21. La femme sort paraissant bien portante.

Comme le danger des incisions du col est grand, il ne faut y avoir recours qu'exceptionnellement, s'il est impossible d'extirper le col ou que l'amputation elle-même n'a fourni qu'une dilatation insuffisante. On ne les doit toujours pratiquer que sur la partie saine du col, sinon la fissure utérine menace par prolongation.

Ces incisions, dit Baudelocque, sont préférables aux déchirures, toujours trop tardives alors, qui pourraient

s'y faire, et n'ont jamais eu les mêmes suites. On doit leur donner plus ou moins d'étendue, suivant l'épaisseur du bourrelet, mais toujours assez pour que l'orifice puisse s'ouvrir toujours convenablement.

Leur importance a été exagérée, car on les a considérées comme un moyen applicable à tous les cas (Charpentier, Courty, Depaul). Malgré ces incisions, en effet, il arrive souvent que la tête ne peut pas s'engager davantage et l'on doit avoir recours à un autre procédé. Après ces tentatives, si l'accouchement demeure impossible, que fera-t-on ? Si la tête est engagée, le forceps. Rejeter la version.

Pour ce qui est du forceps, l'introduction de la cuiller est habituellement très difficile. Les tractions à travers l'ouverture non encore agrandie peuvent prolonger les incisions; il est arrivé que dans des tractions forcées sur la tête d'un fœtus macéré, tout le col a été arraché. Enfin, ce qui rend hasardeuse l'action de l'instrument, c'est qu'il est presque toujours impossible, par le toucher vaginal, de faire le diagnostic de la position et même de la présentation.

Quant à la version et à l'extraction, elles ont eu des suites constamment malheureuses, car il faut vaincre tout d'abord la résistance de la masse cancéreuse au passage de la main, et la tumeur offre des difficultés insurmontables au dégagement des bras et de la tête. Il en résulte l'écrasement, la déchirure et la décomposition putride du tissu dilacéré.

La rotation de l'enfant rencontre les mêmes difficultés et occasionne facilement la rupture de l'utérus.

Il ne faut donc intervenir manuellement que dans les cas de présentation vicieuse, dans le but de rétablir avec dextérité une présentation du crâne pour une application de forceps.

Quand le cas se présente d'une infiltration diffuse plutôt que d'une tumeur localisée, les incisions suffisent pour créer l'espace nécessaire. L'hémorrhagie n'est pas, d'ordinaire, considérable ; afin de ne pas perdre une quantité de sang inutile chez ces patientes, qui ne sont pas habituellement très fortes, il ne convient pas d'attendre longtemps un accouchement spontané consécutif. On tâchera de s'orienter sur la présentation, ce qui ne sera pas toujours possible. On fera dans la position du sommet une application du forceps et dans celle du siège l'extraction. Pour le même motif, il est permis d'abréger la période consécutive à l'accouchement et par conséquent d'extraire le placenta, quand il n'est pas expulsé de suite, et de faire une irrigation phéniquée de l'utérus. Il est facile alors d'extirper le reste de la tumeur, ce qu'on fera naturellement.

Gœnner cite à l'appui trois cas de la clinique gynécologique de Bâle, que nous rapportons ici.

1° M. S..., 41 ans. Entrée le 4 juin 1880. XIII pare. Carcinome du col et du vagin, extirpation par la voie vaginale avec l'anse galvanocaustique, les pinces coupantes et la cuiller tranchante. Forceps. Mère et enfant conservés vivants. Deux opérations consécutives. Mort de carcinome après dix mois et demi.

2° J. E..., 38 ans. Entrée le 27 mars 1881. IV pare. Carcinome de l'utérus et du vagin. Extirpation avec l'anse galvanocaustique et les pinces coupantes. Forceps. Enfant vivant. Mort aprèstrois mois.

3° E. S..., 38 ans. Entrée le 3 juin 1882, VI pare. Carcinome du col et du vagin. Extirpation avec les pinces coupantes, et incisions du col. Forceps. Enfant vivant. Mort après quatre mois et demi.

Le professeur Schrœder, dans son *Traité d'Obstétrique*, écrit ce passage devenu classique :

« L'opération, pendant la grossesse, est certainement à peine plus grave qu'à l'état de vacuité, et l'interruption de celle-ci ne s'ensuit pas ordinairement. »

Et il rapporte, comme témoignage, un cas dans lequel, chez une femme au cinquième mois de la grossesse, il enleva les deux lèvres dégénérées : l'antérieure avec le bistouri, la postérieure avec l'écraseur à fil métallique, et cautérisa fortement le col avec le thermocautère. Bien que dans ces deux opérations, la poche de Douglas eût été ouverte, la femme accoucha à terme d'un enfant vivant.

Guéniot cite aussi plusieurs cas d'amputation du col, sans avortement.

Citons les cinq cas de Benické, tels qu'ils sont rapportés dans la *Zeitschrift*.

I. Carcinome de la lèvre postérieure et du col. Enlèvement du néoplasme avec la cuiller tranchante au septième mois de grossesse. Six jours après, accouchement d'un enfant vivant qui meurt après quelques jours. Récidive.

II. Carcinome de la lèvre postérieure. Opération au cinquième mois de grossesse. Accouchement facile à terme d'un enfant vivant.

III. Carcinome de la lèvre postérieure du col. Enlèvement avec l'écraseur au septième mois de grossesse. Ouverture de la poche de Douglas. Fièvre élevée. Avortement. Guérison.

IV. Carcinome de la portion vaginale. Opération vers la fin de la grossesse. Accouchement facile d'un enfant vivant. Une opération pour récidive.

V. Carcinome commençant de la Portion. Carcinome de la Portion au cinquième mois de la grossesse. Avortement. Endométrite généralisée.

Quand sur 8 enfants 5 naîtraient vivants, fait remarquer Bercké, la proportion pour cent serait encore plus favorable pour le fœtus que celle qu'offrent les statistiques de l'accouchement dans le cancer utérin, c'est-à-dire 37 1/2 vivants et 63 1/2 cas de mort.

Amputation du col au début du travail. — L'amputation du col lors de l'accouchement est certainement le meilleur procédé, à condition d'intervenir de bonne heure, c'est-à-dire lorsque le col n'a subi aucun effacement, car la dilatation, si peu qu'elle se prononce, ôte de la prise à l'instrument. Cohnstein rapporte cinq cas empruntés à Avnott Spoeth, Spiegelberg, Michaëlis, Robert Boyer, dans lesquels l'opération fut pratiquée au début du travail : il y eut quatre enfants vivants, un seul mort, mais macéré. C'est donc un moyen sûr, infaillible, à condition de ne pas léser la poche amniotique en opérant.

« C'est pour nous le meilleur procédé à suivre, dit Gœnner, dans le carcinome qui envahit la plus grande partie du segment inférieur de l'utérus et des organes voisins. » Il décrit ainsi sa méthode : on attend le début des douleurs, et on observe pendant quelque temps leurs résultats, tant qu'aucun danger ne se montre pour

la mère ni pour l'enfant. Il nous paraît important de laisser agir les contractions, et de voir à quel point elles contribuent à l'ouverture des voies et à la dilatation de la partie saine, afin de préciser d'après cela de quel côté doit agir l'opérateur, à quelle place il faut extirper et où seulement cela est indiqué. Sitôt qu'on s'aperçoit que la marche de l'accouchement s'arrête ou que les apparences menaçantes surviennent, on procède à l'opération.

Pendant tout ce temps, il est important de surveiller les battements du cœur du fœtus. On extirpe pendant le sommeil chloroformique tout ce qu'on peut de la tumeur, sans ouvrir la vessie, le rectum, ni le péritoine. Dans ce but, on se sert, suivant la forme et la consistance du néoplasme, du fil galvanocaustique, ou bien on sectionne la tumeur avec une longue pince tranchante, de manière à ouvrir l'espace suffisant à l'accouchement.

Il est admis en principe dans la gynécologie anglaise que, si le travail est empêché par l'existence d'un obstacle et qu'il soit impossible de sauver à la fois la vie de la mère et celle de l'enfant, il faut sacrifier ce dernier par la craniotomie, si ce sacrifice doit profiter à la mère, pourvu qu'il y ait un espace suffisant pour pouvoir extraire l'enfant mutilé. Eu égard à ce principe, Simpson fit une perforation du crâne dans le cas de carcinome du col utérin.

Des exemples terminés par la craniotomie, à cause d'obstacles provenant du cancer du col, ont été rapportés par Denmann, Dorrington et d'autres auteurs anglais.

En France, si les forces de la patiente sont affaiblies

de manière à ne pas supporter les souffrances nécessaires pour extraire l'enfant par les voies naturelles, si l'on entend nettement les bruits du cœur de l'enfant, nous croyons qu'il faut faire l'opération césarienne qui offre un moyen prompt et certain de sauver l'enfant, tout en présentant un danger sérieux pour la mère, mais non plus grand que l'extraction de l'enfant par le vagin, au moyen de crochets appliqués sur le crâne perforé.

La gravité de l'état de la mère doit faire pencher la balance du côté des moyens qui peuvent sauver l'enfant. L'auscultation, dans ce cas, doit être pratiquée avec grand soin, pour bien se rendre compte de l'état de santé de l'enfant avant de prendre une résolution opératoire.

On peut voir survenir la rupture de l'utérus pendant le travail. Lorsqu'un pareil accident se produit et que l'enfant est vivant, on doit, pour sauver celui-ci, faire immédiatement la laparotomie.

Mais il existe des cas où un défaut de préparation, et une incertitude de l'état de l'enfant, peuvent laisser passer le moment où sa vie est encore susceptible d'être conservée. Des inhalations de chloroforme sont permises dans ce cas pour modérer les souffrances de la femme, qui est vouée à une mort certaine.

Dans un cas de cancer de l'utérus compliquant une grossesse, Oldham plaça la malade sous l'influence du cloroforme au commencement du travail, et, comme à cause du volume de la masse cancéreuse, il était évident que l'enfant ne pourrait sortir par les voies naturelles, ce chirurgien pratiqua l'opération césarienne et sauva

l'enfant. La mère se rétablit et vécut quelque temps après l'opération.

Opération de Freund. — Quand la dilatation du col et du segment inférieur de l'utérus fait complètement défaut, le fœtus à terme ou viable est sauvé par l'opération césarienne ; mais la mère, si elle survit, reste exposée aux hémorrhagies, aux écoulements fétides et aux plus cruelles douleurs.

Freund a pensé que son opération pouvait être appliquée dans les cas d'utérus gravide et cancéreux.

L'hystérectomie, en effet, par l'ablation aussi complète que possible du siège du néoplasme, amène, sinon la cure du cancer, une amélioration sensible dans l'état général de l'opérée.

Cette opération n'a pas encore été pratiquée en France dans notre complication, mais Spencer Wells a obtenu un succès complet en octobre 1881.

L'observation très intéressante se trouve dans la these de M. Coroënne. Nous rapporterons seulement les différents temps de l'opération, telle qu'elle fut pratiquée par Spencer Wells.

A 2 h. 35, on commence à lui faire respirer le méthylène.

2 h. 41 Cathéter et tamponnement du vagin.

2 h. 56. Suture de la paroi abdominale par quatre points dans la partie supérieure de l'incision, division du ligament large du vagin.

3 h. 10. Extraction de l'utérus.

3 h. 40. Ligature des vaisseaux, suture du vagin et des ligaments larges.

3 h. 56. Suture de la paroi abdominale et toilette.

3 h. 55. L'opérée est reportée dans son lit.

Les suites de l'opération furent très heureuses, à part de fréquents vomissements ; d'ailleurs, la malade dit avoir eu des vomissements lors de ses autres couches. Elle eut aussi un écoulement de sérosité qui cessa vers la troisième semaine. Vingt-huit jours après l'opération, elle pouvait se lever et faire quelques pas dans sa chambre.

A l'examen microscopique, la tumeur fut reconnue pour épithéliome, et Spencer Wells espère que, pour cette raison, il n'y aura pas de récidive.

Une autre hystérectomie a été faite par Bischoff, de Bâle. L'enfant fut extrait viable, mais la mère mourut neuf heures après l'opération.

Nous en avons publié l'observation dans cette thèse.

En résumé, d'autres tentatives ont été faites en Allemagne et en Angleterre, mais sans succès. Cependant, ces cas malheureux servent eux-mêmes au perfectionnement des procédés, et l'on peut espérer que, comme l'ovariotomie, si fatale dans ses débuts, l'opération de Freund sera mise plus souvent en usage.

Nous joignons à notre thèse six observations d'intervention chirurgicale par ablation du néoplasme au début du travail.

Ces interventions ont été généralement heureuses, car sur les six enfants extraits, cinq naquirent viables et le sixième périt d'apoplexie pendant le travail.

Ces observations ont été recueillies dans le service du

professeur Bischoff, de Bâle, chef de clinique gynécologique, par le docteur Alfred Goënner, son élève.

Observation I.

Braun (Rosine), âgée de 41 ans, femme mariée (de Bade). Entrée à l'hôpital le 13 décembre 1879. Multipare. Cancer du col de l'utérus. Opération de Freund avec opération césarienne. Transfusion. Enfant viable. Mort de la mère neuf heures après. Alfred Gönner de Bâle. Zur Therapie der durch. *Carcinom der uterus complic.* Schawan gerschaft.

La malade prétend avoir joui depuis sa jeunesse d'une bonne santé habituelle, elle a été réglée à l'âge de treize ans, normamalement, de quatre en quatre semaines. Le flux était abondant et durait de quatre à sept jours.

De 1864 à 1875 elle accoucha sept fois. Les couches, à l'exception de la quatrième et de la sixième, où elle accoucha vers le septième mois environ, de deux enfants morts, furent parfaitements normales et faciles.

La malade nourrit elle-même ses enfants, de trois à six mois; quatre de ces enfants moururent dans les six premiers mois, le dernier est bien portant.

Après ses dernières couches, la santé de B. était excellénte, et sa menstruation normale bien qu'un peu plus abondante qu'auparavant. Au commencement d'août 1879, elle constata l'accroissement du volume de son abdomen, et, à des mouvements bien caractérisés du fœtus, qu'elle était de nouveau enceinte. Jusqu'à ce jour, elle avait eu un flux menstruel, périodique et continu, toutes les quatre semaines, pendant quatre ou six jours.

Ce n'est que quelques jours avant son entrée à l'hôpital, que ces écoulements devinrent plus fréquents et plus abondants.

Depuis deux jours la métrorrhagie est devenue plus abondante encore et la malade est très affaiblie.

Le 13 décembre 1879 soir. Nous constatons l'état général suivant : Anémie assez prononcée, pouls 36, pas de fièvre, écoule-

ment continu d'un peu de sang qu'on arrête par des injections tièdes. Abdomen saillant, tête du fœtus à droite, partie dorsale à gauche en avant. Bruits du cœur 172.

A l'examen interne on constate, à la portion vaginale, des points pour ainsi dire friables, qu'il est facile d'enlever avec le doigt. Les douleurs ne se faisaient pas ressentir, on jugea toute intervention inutile pour le moment.

Les jours suivants, quelques douleurs se font ressentir. On enlève quelques-uns de ces points friables, dont je viens de parler plus haut, pour les soumettre à l'examen microscopique. Cette opération est suivie d'un écoulement abondant, qu'on arrête par des injections tièdes.

Le 15. Les injections tièdes ne suffisent plus pour arrêter le sang ; on est obligé de procéder au tamponnement. Pouls 164. Pas d'albumine dans l'urine.

Le 16. Bien que l'écoulement ait été peu considérable, l'anémie et la faiblesse s'accentuent de plus en plus.

Le 17 à 10 heures et demie du matin, après que la malade eut été soumise à la chloroformisation, on procéda à la laparotomie. L'utérus préalablement fixé est ramené en avant des lèvres de la plaie, et on procède à l'opération césarienne.

Le fruit, une petite fille du poids de 3200 gr., et de 49 cent. de longueur, vivait encore en 1883.

Pendant l'opération de Freund, on constata principalement à gauche un siège cancéreux, ce qui nous force à faire nos excisions plus profondes, et nous occasionne des hémorrhagies internes de l'artère utérine, qui ne peuvent être arrêtées que par la ligature. L'autopsie prouva que l'uretère gauche avait été lié avec. Bien que la perte de sang ait été relativement très minime on crut cependant devoir transfuser 120 grammes de sang défibriné. Pas de frisson. Pas de fièvre. La température était après l'opération, à midi, 37°3, pouls 144 ; à 3 heures du soir, 36°8, pouls 140 ; à 6 heures du soir, 37°6, pouls 124. Pas de syncopes. Pouls normal.

La malade est à peine un peu agitée. La miction se fait en-

core normalement quand vers sept heures et demie du soir, la malade meurt subitement.

A l'autopsie faite par M. le professeur Roth on constate, outre une infiltration ganglionnaire intense, une friabilité très marquée du col malade, lequel, outre la dilatation et l'opération à laquelle il avait été soumis, n'avait cependant pas encore trop souffert.

Dans cette observation on peut attribuer la mort de la patiente à l'hémorrhagie de l'artère utérine.

Ces hémorrhagies sont, en effet, très abondantes et amènent très rapidement l'épuisement ; puis cette complication de la ligature de l'uretère gauche avec l'artère eût pu par l'hydronéphrose consécutive être une cause de mort.

OBSERVATION II.

Schmutz (Marguerite), âgée de 41 ans, femme mariée, de Bâle. Entrée à l'hôpital le 4 juin 1880. Treizième grossesse. Cancer du col de l'utérus. Application du forceps. La mère et l'enfant sortent de l'hôpital en bonne santé. Récidives. Mort dix mois et demi après.

La malade a joui d'une bonne santé pendant sa jeunesse ; elle a été réglée à l'âge de 16 ans, pour la première fois, et toujours régulièrement toutes les quatre semaines. Ecoulement moyen pendant quatre à cinq jours. Pas de douleurs pendant les époques menstruelles.

De 1868 à 1872, Schmutz eut douze grossesses. Deux fois elle fit fausse couche, vers le troisième mois, et chaque fois elle perdit beaucoup de sang. Trois enfants seuls survivent encore, et chacun d'eux fut sevré vers l'âge de deux ans. Deux moururent entre six et sept, l'un d'une coxalgie, l'autre d'une méningite, les autres moururent, en bas âge, de convulsions.

La malade est atteinte, depuis quatre ans, de toux accompagnée d'expectoration assez abondante et depuis trois ans de leu-

corrhée qui n'a fait qu'augmenter pendant la dernière grossesse. Suppression des règles fin août 1879. Schmutz passe l'hiver presque tout entier alitée, souffrant de la toux et de douleurs dans les reins et dans l'abdomen. Dans la nuit du 3 au 4 juin, Schmutz est atteinte subitement d'une métrorrhagie abondante et transportée à l'hôpital.

A l'examen on constate l'état général suivant. Anémie assez prononcée par suite de la mauvaise alimentation. Vomissements. La partie supérieure du vagin est remplie par une tumeur mamelonnée, de la grosseur de deux poings.

Comme il n'y a pas de péril immédiat, on patiente jusqu'à une heure, où, après chloroformisation, on enlève au moyen de l'anse galvanocaustique, et sous le spray, la tumeur. La plus grande partie fut enlevée après deux applications, le reste de la tumeur fut extirpé au moyen d'une pince, sans lésion du péritoine et de la vessie.

L'hémorrhagie qui en résulta fut assez abondante, et les douleurs commencèrent à devenir plus intenses, mais non suffisantes encore pour expulser la tête par le col. Application du forceps, et après deux légères incisions, accouchement facile d'un enfant vivant du sexe féminin et du poids de 2700 grammes.

Le placenta se présente lui-même au bout de sept minutes, et après un lavage avec une solution phéniquée, on tamponne la malade.

Les résultats furent très satisfaisants sauf les quatrième et cinquième jours où la température se montra à 38°2, la malade fut apyrétique, et se leva le seizième jour. La mère et l'enfant sortent en bonne santé.

Le 17 juillet, Schmutz rentre à l'hôpital. Récidive. On enlève de nouveau, au moyen de la pince, des néoplasmes, et on nettoie le col autant que possible. Pas de suites fâcheuses.

La malade revient à l'hôpital en octobre. On procède à la même opération avec le même succès.

Schmutz meurt enfin le 14 mars 1884 après que son cancer eut gagné le péritoine, et déterminé une ascite assez intense.

Cette observation vient à l'appui de la méthode de Schrœder qui conseille l'ablation de la tumeur au début du travail. Le travail, en effet, fut facilité, et le forceps suffit après deux légères incisions à extraire une enfant vivante. L'ablation de la tumeur fut incomplète, et n'empêcha pas trois récidives, mais elle lui procura une survie de près de quatre ans.

Observation III.

Blauenstein (Elise), 42 ans, mariée, du canton de Soleure. Entrée à l'hôpital le 6 août 1880. Septième grossesse. Délivrance artificielle dans la trente-cinquième semaine en raison du col de l'utérus. Opération huit jours après l'accouchement. Guérison. La malade se porte bien depuis et a même accouché sans intervention médicale d'aucune sorte.

La malade qui se portait bien dans son enfance et dans sa jeunesse, a vu ses menstrues s'établir à l'âge de dix-huit ans, mais très irrégulièrement et a été chlorotique jusqu'à l'âge de vingt ans, et un peu plus tard atteinte de dysménorrhée.

De 1860 à 1878, elle accoucha six fois. Les couches furent assez laborieuses, et deux fois on se vit dans la nécessité d'aller à la recherche du placenta. Elle ne fut jamais nourrice; trois enfants vivent encore, les autres moururent en bas-âge.

Blauenstein a été réglée pour la dernière fois au commencement de décembre 1879. Le commencement de la grossesse s'est écoulé normalement, plus tard elle ressentit de grandes douleurs dans l'abdomen, depuis quatre semaines enfin elle a de grandes pertes sanguines, et un écoulement leucorrhéique abondant; on constate encore de l'ischurie et de la constipation.

A l'examen on trouve le 6 août 1880, un col assez élevé, refoulé en arrière, lisse en avant; il présente à gauche des tumeurs mamelonnées, de la grosseur d'une noisette envahissant les unes la paroi intérieure, les autres la paroi extérieure des lèvres. La

dilatation du col est suffisante pour permettre au doigt de toucher facilement la tête du fœtus.

La malade est soumise les jours suivants à des bains chauds avec injections d'eau tiède.

Le 7. A huit heures, apparition des premières douleurs. A dix heures, rupture de la poche des eaux.

Le 8. A cinq heures du matin, la dilatation est de la grandeur d'une pièce de cinq francs, à huit heures vingt-cinq accouchement en dernière position d'un enfant du sexe féminin de 2750 grammes bien constitué; les premiers jours de la convalescence s'écoulent normalement.

Le 13. T. S. 38°,2.

Le 14. T. 38°,7.

Les lochies sont fétides. Trois injections par jour d'une solution phéniquée.

Le 15. La température est de nouveau normale.

Quelques jours après, extirpation de la tumeur au moyen de l'anse galvano caustique. Pas de fièvre consécutive, la convalescence suit son cours. La mère et l'enfant quittent le service le 2 avril 1882.

On constate à ce moment un col court fermé par deux petits mamelons séparés par une petite fente, en arrière les trous de la cicatrice, l'utérus est petit et mobile, pas la moindre manifestation de récidive.

En fin de février 1881, la femme Blauenstein a accouché sans intervention médicale aucune d'un enfant bien portant.

Cette observation donne un exemple d'accouchement spontané, malgré un cancer du col assez étendu. Ces faits, nous le savons, ne sont pas rares.

Un reproche toutefois pourrait être fait à l'accoucheur, celui d'avoir opéré pendant les suites de couches, période peu favorable ordinairement jusqu'à la fin de la puerpéralité.

Observation IV.

Leiscring (Madeleine), 27 ans, femme mariée, de la Prusse. Entrée à l'hôpital le 27 mars 1881. Bipare. Cancer du col utérin. Extirpation partielle avant l'accouchement. Application de forceps. Enfant asphyxié. Thermocautérisation avant la sortie. Bonne santé jusqu'ici et une fausse couche depuis sa sortie de l'hôpital.

La patiente, qui n'avait jamais été malade jusqu'ici, a vu ses menstrues s'établir à 18 ou 19 ans, régulièrement toutes les quatre semaines, abondantes, non douloureuses, et d'une durée de huit jours. Elle accoucha, pour la première fois, en janvier 1880, à terme et normalement d'une petite fille bien portante, qu'elle allaita pendant quatre mois et demi. Les menstrues se rétablirent six semaines après l'accouchement. Elle ne peut fixer exactement l'époque de leur suppression, et attend sa délivrance pour le 10 avril. Sa grossesse s'est écoulée normalement. Il y a quinze jours seulement que la malade a commencé à ressentir de grandes douleurs dans l'abdomen. Pas de leucorrhée ni d'écoulement sanguin par les voies génitales.

Le 25 mars, de bon matin, apparition des premières douleurs.

Le 27. A trois heures du matin, rupture de la poche des eaux; le même jour, à 2 heures du soir, elle rentre à l'hôpital. A l'examen on constate: état général satisfaisant, alimentation convenable. La tête est engagée dans le bassin et l'enfant est en vie. Les douleurs sont intenses. La dilatation du col est équivalente au diamètre d'une pièce de deux francs, ses lèvres sont mamelonnées et le col tout entier paraît sensiblement épaissi.

La malade est mise dans en bain et on lui fait des injections vaginales. A onze heures, le travail étant toujours au même point, on se décide, après chloroformisation préalable, à pratiquer l'extirpation du néoplasme, qu'on enleva après de nombreuses incisions avec les ciseaux, par fragments et avec la pince. On fit alors une application du forceps, qui eut malgré

des tractions énergiques, un résultat négatif. Quelques incisions plus profondes au col, avec un bistouri boutonné, permirent enfin, vers onze heures trente du soir c'est-à-dire une demi-heure après l'opération, l'expulsion du fœtus. L'enfant asphyxié ne put être ranimé et rappelé à la vie, bien que peu avant l'application du forceps, on eût parfaitement perçu les battements du cœur estimés à 132 par minute.

Après extirpation du placenta dans le but de prévenir toute hémorrhagie, on fit une injection tiède et l'on tamponna le vagin.

La convalescence fut parfaitement normale, sans état fébrile, et la fétidité des lochies, qui s'était fait remarquer dès le quatrième jour, disparut avec les bains et les injections.

Le 14 avril on constate l'état suivant : l'utérus est dévié environ de trois travers de doigt à gauche ; hauteur de la cavité utérine environ dix centimètres ; au col, à droite, petites éminences mamelonnées ; les lèvres sont peu saillantes et ulcérées, surtout en arrière et à droite. Deux jours après cautérisation avec le thermocautère des néoplasmes, et la patiente quitte le service le 18 avril.

Au mois d'août 1881 on trouve à l'examen l'état suivant : l'utérus est sensiblement gros dans l'antéflexion; en arrière à gauche le col paraît sensiblement épaissi, mais point trop induré. La dilatation est prononcée, les lèvres sont largement ouvertes, assez lisses ; en arrière un peu vers la droite, on constate une proéminence du volume de la moitié d'une noisette. Les menstrues ont cessé depuis les premiers jours de juin.

La patiente se fait soigner en ville par un collègue qui a bien voulu nous donner les renseignements suivants :

Fin septembre 1881. « Notre malade a fait une fausse couche d'environ trois mois, accompagnée d'une hémorrhagie intense et suivie d'une légère péritonite, dont elle guérit rapidement ».

A ce moment à l'examen, on trouve ceci : la portion vaginale fait défaut, l'utérus est mobile, les lèvres présentent des cica-

trices et pas de récidive. Leiscring jouit pendant une année tout entière d'une bonne santé.

Le 11 septembre 1883. Je suis appelé auprès d'elle : elle croit être enceinte depuis seize semaines; elle a eu pendant sa grossesse deux pertes sanguines, la première cinq semaines après la disparition des menstrues, la seconde sept semaines après ; à cette époque, 11 septembre 1883, elle perd encore du sang depuis quelques jours. A l'examen on constate l'état suivant : la portion vaginale fait complètement défaut. Les lèvres du col sont béantes au point de permettre l'introduction du doigt, granuleuses, et laissent voir en arrière à droite, la cicatrice d'une incision. L'utérus est mobile, pas d'infiltration.

Prescription : injection tiède de solution phéniquée, et repos dans la position horizontale ; fer à l'intérieur. Les pertes cessent presque immédiatement.

Le 20. Apparition des douleurs, on ne constate nulle part avec certitude une récidive, le col seul est très friable. Fausse couche. Les suites sont normales, et l'état de santé jusqu'à ce jour est satisfaisant.

Cette observation présente ceci d'intéressant que l'ablation du néoplasme par fragments ne fut pas suffisante à l'aide de ciseaux et de pinces, et qu'il fallut encore avoir recours aux incisions et terminer l'extraction par le forceps.

La patiente étant sous le chloroforme, peut-être ne pouvait-on pas tirer parti des contractions naturelles. Enfant asphyxié.

Cette malade a été suivie.

Elle était accouchée le 27 mars, on la revit le 14 avril, il y avait à droite des ulcérations de la lèvre du col, elles furent cautérisées au thermocautère.

Au mois d'août, on trouve l'utérus gros, dans l'anté-

flexion. Les menstrues ont cessé depuis juin et, fin septembre, elle a une fausse couche, accompagnée d'hémorrhagie interne et de péritonite dont elle guérit.

Le 11 septembre. Nouvelle grossesse, quoique la portion vaginale fasse défaut ; deux pertes sanguines à cinq et à six semaines de la grossesse et fausse couche le 20 septembre.

A l'examen, pas de récidives, il n'y a que les cicatrices de la portion vaginale du col.

Observation V.

Ecker (Joséphine), âgée de 38 ans, femme mariée, de Bâle. Entrée à l'hôpital le 27 mars 1881. Pluripare (quatrième fois).— Cancer de l'utérus. Opération avec l'anse galvanocaustique avant l'accouchement. Application du forceps. Enfant vivant, mort trois mois après.

La malade s'est bien portée pendant sa jeunesse, et a été menstruée à l'âge de quatorze ans, régulièrement jusqu'à l'âge de dix-huit ans, abondamment et sans douleur pendant quatre à six jours.

En 1864, elle accoucha d'un enfant bien portant et très gros, avec application du forceps. Ecker nourrit son enfant pendant quatre semaines.

En 1867 et 1869, elle avorta dans le troisième mois de sa grossesse. A la dernière grossesse, elle perdit beaucoup de sang et fut malade pendant environ six mois. Il y a trois mois, elle souffrit pendant quatre semaines d'une inflammation catarrhale de l'estomac. Les dernières règles datent de fin octobre 1880. Elle constate, depuis quinze jours, des douleurs très intenses dans la région de l'abdomen, qui lui font solliciter son admission au service.

On fait, à l'examen, les observations suivantes :

Alimentation convenable ; pas d'anémie. Abdomen volumineux. L'utérus, du volume de la tête d'un homme, est à un travers de doigt au-dessous de l'ombilic.

Dans cette région, vers la droite et se dirigeant dans ce sens, on constate un corps de forme allongée présentant de nombreuses nodosités. Mêmes proéminences sensiblement mobiles dans la région iliaque droite. Le col est large, épaissi, friable, dilaté, au point de permettre l'introduction du doigt. En arrière, infiltration des tissus.

Prescription : Injection de morphine pour calmer les douleurs. Cerium oxalicum contre les vomissements. La malade se lève tous les jours ; mais se plaint toujours de douleurs dans l'abdomen.

22 juillet. Rupture spontanée de la poche des eaux, apparition des douleurs, qui deviennent de plus en plus violentes, après un bain de trois heures et des douches de Kewisch.

A l'examen, on constate ce qui suit : en arrière d'une tumeur presque de la grosseur du poing et englobant presque toute la partie antérieure des lèvres, on trouve le museau de tanche présentant une dilatation suffisante pour le passage du doigt. Le canal cervical est lisse dans la partie supérieure. Les douleurs très violentes ne permettent pas de faire un examen plus approfondi et de diagnostiquer sûrement la position du fœtus. Les bruits du cœur sont plus sensibles à droite qu'à gauche.

Le 23, matin. Continuation des douleurs. La dilatation est du volume d'une pièce de deux francs.

Bains et injections tièdes.

En présence du même état de choses, on se résout à chloroformer la malade dans l'après-midi et à procéder à l'extirpation au moyen de l'anse galvanocaustique. Sous une hémorrhagie peu importante, on parvient à enlever la moyenne partie de la tumeur. Il était alors facile de diagnostiquer la position de la tête du fœtus. On fit alors une application de forceps et environ dix minutes après, sous des tractions modérées, Ecker accoucha d'une fille du poids de 2170 grammes, qui se porta bien pendant

tout son séjour à l'hôpital, mais qui mourut plus tard en nourrice.

Après la recherche du placenta, on enleva encore quelques parcelles de nouvelle formation, et après injection et pansement phéniqué, on pansa la plaie.

Huit jours après l'opération, la température du matin était 37°,5, celle du soir 38°,5. Le pouls s'élevant à 120 pulsations.

Le jour suivant, la fièvre tomba complètement, mais on constata ce jour un suintement de l'urine par le vagin. La fistule devait être petite, car la malade urinait spontanément, et au 1er août, malgré tous les soins, on ne pouvait constater sa présence.

La malade, transférée au quartier des incurables, meurt en novembre 1881.

Ainsi, dans cette observation, il suffit de l'ablation de la moitié de la tumeur pour permettre l'application du forceps qui, en dix minutes, amena l'extraction de l'enfant.

L'ablation fut faite à l'aide de l'anse galvanocaustique, ce qui explique le peu d'abondance de l'hémorrhagie.

Observation VI.

Sacher (Elisabeth), âgée de 38 ans, femme mariée, de Bâle. Entrée le 3 juin 1882. Pluripare (6 fois). — Cancer du col de l'utérus. Extirpation au moyen de la pince. Incisions dans le col. Application du forceps. Enfant vivant. Mort quatre mois et demi après.

La malade fut réglée, pour la première fois, à l'âge de 17 ans, et régulièrement depuis l'âge de 20 ans.

De 1871 à 1880, elle accoucha cinq fois : au premier accouchement, application de forceps ; au quatrième, on fut obligé d'aller à la recherche du placenta. Les autres couches furent normales.

Au troisième mois de la cinquième couche, elle fut prise d'une hémorrhagie très abondante, suivie d'un écoulement très fétide; elle porta alors, en raison d'un prolapsus, un pessaire qu'elle fut obligée de quitter bientôt à cause des douleurs qu'il occasionnait. Les écoulements sanguins et ichoreux ne cessèrent jamais complètement. Depuis quatre semaines, elle ressent aussi de grandes douleurs dans l'abdomen.

A l'entrée à l'hôpital, on constate l'état suivant :

Les lèvres présentent une masse compacte s'étendant en arrière. A travers le canal cervical, on arrive sur la tête. L'enfant vit.

Le 27 juin, à cinq heures du soir, apparition des douleurs, qui durent pendant toute la nuit.

Le 28, au matin, on constate à l'examen : des noyaux d'induration à gauche et à droite, formant une tumeur du volume d'un œuf de poule, le canal cervical est tapissé aussi de nodosités. La dilatation du col est du diamètre d'une pièce de cinq francs.

Deux heures après, la malade est chloroformée et les productions de nouvelle formation enlevées avec la pince, quelques incisions sont faites avec des ciseaux et des raclages avec une curette. On procède à la rupture de la poche des eaux. Voyant, malgré la continuation des douleurs et une attente de vingt minutes, le travail resté stationnaire, on fait une application de forceps, avec tractions modérées.

A l'examen, après l'extraction du placenta, on constate une perforation de la vessie du diamètre d'une pièce de cinq francs. Suture à deux étages : une avec le catgut, l'autre par-dessus, profonde, avec fils de soie. Une injection dans la vessie donna la certitude que la fistule était bien bouchée et ne laissait passer aucun liquide.

L'enfant, une petite fille de 2,920 grammes, légèrement asphyxiée, put promptement être ranimée et quitta le service quinze jours après en bonne santé.

L'opération terminée, elle avait duré deux heures, on procède au tamponnement du vagin.

Le jour suivant, on enleva le tampon et l'on posa un drain de fort calibre dans le canal cervical à travers duquel on fit journellement plusieurs injections salicylées. Les émissions d'urine étaient spontanées et il n'y eut pas d'incontinence.

Le deuxième jour, la température, qui jusque-là était normale, monta brusquement à 38°, et le jour suivant à 40°, phénomène qu'il ne fallait attribuer qu'à la fièvre de lait.

A partir du quatrième jour, la température ne dépassa pas 37°5, et à partir du 5 juin, on constata une incontinence d'urine passagère et intermittente, qui dura jusqu'au 20 juillet. Etat général satisfaisant, la malade se lève.

A sa sortie du service, le 29 septembre, on fait les observations suivantes :

La paroi postérieure paraît parfaitement saine et normale ; à gauche et se dirigeant en avant, une légère infiltration, qui s'étend à 3 centimètres environ au-dessus du méat, englobant la paroi droite presque tout entière.

La fistule paraît guérie.

La malade mourut rapidement le 22 octobre 1882.

CONCLUSIONS.

Au terme de ce travail, nous croyons être autorisé à poser les conclusions suivantes :

1° Le cancer exerce une influence funeste sur la grossesse : par l'irritation qu'il produit, par les douleurs qu'il provoque, les sécrétions abondantes et fétides qui s'écoulent par la voie vaginale, par les hémorrhagies souvent continues, ou du moins fréquentes qui amènent une hypoglobulie du sang ;

2° Dans cet état de pauvreté du sang, il peut produire l'avortement, et, dans tous les cas amène une cachexie caractéristique à dénouement fatal et rapide.

3° La grossesse a une influence réciproque sur le cancer du col de l'utérus, en préparant un terrain propre au développement du néoplasme. La marche de la tumeur est accélérée.

4° Au moment du travail de l'accouchement, le traumatisme normal ou chirurgical aggrave l'état de la tumeur.

INTERVENTION CHIRURGICALE POSSIBLE.

L'avortement dans les premiers mois de la grossesse l'accouchement prématuré dans la période de viabilité de l'enfant ont été conseillés.

Nous ne nous y rallions pas. En effet, dans le premier

cas, l'enfant est sacrifié ; et, outre les dangers de l'avortement lui-même, la tumeur cancéreuse du col reçoit du traumatisme un coup de fouet qui précipite sa marche. Dans le second cas, l'enfant peut naître viable, mais cette viabilité est d'autant plus faible qu'elle est plus éloignée du terme.

Pendant la grossesse, on peut tenter la cure radicale du cancer du col, quand celui-ci est opérable, c'est-à-dire quand la tumeur est bornée à la portion vaginale, et que les tissus et organes voisins sont sains.

L'ablation de la tumeur sera faite au moyen de l'anse galvanocaustique ou d'un thermocautère spécial qui, mieux que le bistouri et l'écraseur de Chassaignac, préviendront l'hémorrhagie et l'avortement consécutif.

Au moment de l'accouchement, la tumeur peut devenir un obstacle franchissable ou non, selon sa nature. son siège et son étendue :

1° Si c'est un épithélioma, s'il siège seulement sur l'une des lèvres et qu'il soit peu volumineux, l'acccouchement sera le plus souvent spontané.

2° Si la tumeur est un cancer encéphaloïde, généralement fort étendu, et ne se bornant pas au col, l'accouchement n'aura pas lieu sans l'intervention chirurgicale au moyen d'incisions sur les parties saines, multiples mais peu étendues, et au besoin par une application de forceps.

3° Enfin, le squirrhe du col, qui a gagné le segment inférieur de l'utérus, s'oppose à toute dilatation et nécessite l'opération césarienne ou même celle de Freund.

L'état puerpéral, qui commence au moment de l'accouchement, et qui ne finit que lorsque l'utérus a repris sa place et son volume normal, n'est pas favorable aux opérations qui pourraient être tentées sur le cancer existant.

Vu, le président de la thèse,
PAJOT.

Vu, bon et permis d'imprimer
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris.
GRÉARD.

TABLE DES MATIÈRES